

L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE DISPOSITIFS ET ACTEURS EN REGION NORD-PAS-DE-CALAIS

<http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr>

<http://www.creainpdc.fr>

Selon la loi du 11 février 2005 : « *Le handicap psychique représente toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne dans son environnement en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions psychiques.* »

Les professionnels du soin et du médico-social présentent des définitions et des acceptions de ce terme très variées. Il y a cependant un consensus sur la **souffrance** qu'il engendre, **l'isolement**, **l'absence de demande**, **les difficultés d'adaptation et le manque de repères**.

Ce handicap se manifeste par des :

- Troubles de la volition (incapacité à vouloir, à décider, à s'empêcher d'agir)
- Troubles de la pensée et de la perception
- Troubles de la communication et du langage
- Troubles du comportement et de l'humeur
- Troubles de la vie émotionnelle et affective
- Perte de repères spatio-temporels
- Expressions somatiques

A ceux-ci viennent s'ajouter les effets secondaires des traitements, le déni de la maladie et la double peine de la stigmatisation.

Autant d'éléments qui rendent difficiles: la réalisation des actes de la vie quotidienne, l'entretien de soi et de son logement, la gestion d'un budget, les interactions sociales, l'inscription dans un groupe et l'insertion professionnelle.

Le handicap psychique c'est également :

- Des capacités intellectuelles intactes
- Des soins médicaux et un accompagnement social indispensables
- Une multitude d'acteurs dans le cadre de la prise en charge, d'où la nécessité de partenariats
- L'isolement et l'absence de demande
- L'extrême variabilité des besoins
- L'importance du facteur temps : l'attente d'une prise en charge peut engendrer une aggravation du handicap.

Face aux spécificités de ce handicap, il s'agit de :

- Développer une **logique de parcours** et non de structure.
- Dépasser la « **culture de la demande** ».
- Mettre en œuvre un **accompagnement personnalisé et coordonné** afin de prendre en compte l'ensemble des besoins.
- Pouvoir **intervenir de manière réactive** dès qu'un besoin se fait sentir pour éviter toute aggravation du handicap
- **D'informer et de sensibiliser** la société afin de faciliter l'intégration sociale de ces personnes.

4 pistes d'action sont identifiées

PISTES D'ACTION IDENTIFIEES

A - AMELIORER LA LISIBILITE DES DISPOSITIFS

Créer des outils favorisant l'information, l'échange et la rencontre

- Création d'un site Internet
- Diffusion de plaquettes d'information
- Création d'un centre de ressource sur le handicap psychique.

Développer les partenariats entre les différents intervenants participant à l'accompagnement des personnes

- Création de réseaux de prise en charge du handicap psychique (sur un territoire à taille humaine et autour des besoins des usagers).

B - DEVELOPPER UNE GAMME DE DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT DIVERSIFIEE

- Compléter cette 1ère étude descriptive par une **étude quantitative** des besoins d'accompagnement sur la région.
- **Inscrire dans le PRIAC et les schémas** l'importance du développement d'une gamme hétérogène d'établissements et de structures permettant de répondre aux multiples besoins des personnes, à leurs différents niveaux d'autonomie et de s'adapter à leurs parcours.
- **Développer de manière importante des SAVS et des SAMSAH** avec des modalités de fonctionnement souples leur permettant de s'adapter à la variabilité du handicap psychique.
- **Initier des expérimentations** afin de développer des compétences spécifiques à l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Expérimenter, évaluer puis diffuser.
- **Développer des actions d'accompagnement et de formation** afin de mieux prendre en compte les environnements familiaux et de proximité dans la compréhension et la prise en charge des personnes.

C - ADAPTER LES OUTILS D'EVALUATION ET DE COMPENSATION DU HANDICAP PSYCHIQUE

Les outils d'évaluation :

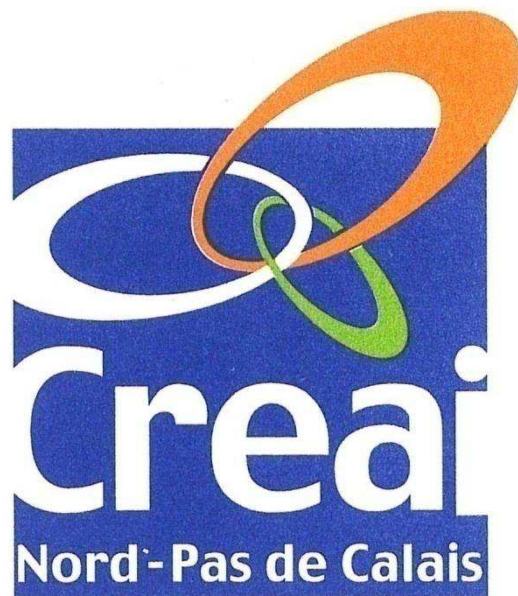
- Mettre en œuvre des outils d'évaluation spécifiques (évaluer la pertinence de développer des Equipes Spécialisées d'Evaluation du Handicap Psychique ou d'autre type de support).
- Poursuivre la démarche de concertation, engagée par la MDPH du Nord, avec les professionnels autour de la constitution des dossiers de demande.

L'adaptation des procédures d'orientation à la variabilité du handicap psychique, vers plus de souplesse et de réactivité:

- Permettre les orientations MDPH à posteriori.
- Evaluer la pertinence de proposer systématiquement une orientation en SAVS ou SAMSAH aux personnes en situation de handicap psychique.
- Développer l'accueil temporaire.
- Créer des passerelles entre les établissements.

D - METTRE EN PLACE DES FORMATIONS

- Formations des personnels de la MDPH et sensibilisation des partenaires de la CDAPH.
- Sensibilisation des élus à la connaissance du handicap et Formation des agents municipaux.
- Sensibilisation/formation des acteurs de l'éducation nationale, de la formation professionnelle et de l'entreprise.
- Formation d'aide aux familles et proches des personnes handicapées psychique.
- Développer des outils de sensibilisation (films, débats, rencontres...) afin d'informer l'ensemble de la population et des secteurs d'activité.



**Carrefour des
acteurs du social
et du médico-social**

**L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES
EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE :
DISPOSITIFS ET ACTEURS EN REGION
NORD/PAS-DE-CALAIS**



***Pauline TURSI, chargée d'études
Janvier 2009***

Creai Nord - Pas de Calais
54, Bd Montebello 59041 Lille cedex
Tél. 03 20 17 03 03 • Fax 03 20 17 03 17

**L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES
EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE :
DISPOSITIFS ET ACTEURS EN REGION
NORD/PAS-DE-CALAIS**

Janvier 2009



REMERCIEMENTS

Nos remerciements s'adressent à toutes les personnes qui ont contribué à cette étude par leurs réflexions, leurs remarques, l'intérêt et le soutien qu'ils ont bien voulu nous apporter : usagers, familles, professionnels, représentants des institutions.



PRESENTATION DE L'ETUDE

Etude réalisée par le CREAI à la demande de la DRASS Nord/Pas-de-Calais. Cette étude s'est déroulée de septembre 2008 à janvier 2009, et a été financée au titre de l'action "pilotage du programme" sous-action "animation et coordination des partenariats" du programme "handicap et dépendance" de l'Etat pour 2007.

Le CREAI Nord/Pas-de-Calais (Centre régional de l'enfance et des adultes inadaptés) est une association régie par la loi de 1901, instituée par arrêté ministériel du 22 janvier 1964. Ses missions ont été redéfinies par l'arrêté ministériel du 13 janvier 1984 : "le CREAI a pour mission principale d'être un lieu de repérage et d'analyse des besoins et d'études des réponses à y apporter, des lieux de rencontre et de réflexion entre les élus, les représentants des forces sociales et ceux des administrations concernées, de fournir des analyses et des avis techniques aux décideurs ainsi qu'aux gestionnaires des établissements et services. Il a, à cet égard, un rôle important à jouer comme outil technique au service des responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes en situation de handicap, d'exclusion ou d'inadaptation, à l'échelon régional". Il leur appartient de remplir ce rôle dans un strict respect des compétences dévolues aux organismes publics et notamment aux Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales et il incombe aux Commissaires du Gouvernement (DRASS, DRPJJ) d'y veiller

Le CREAI intervient dans le champ médico-social et plus particulièrement, dans les domaines suivants :

- le handicap (enfants et adultes)
 - la protection de l'enfance
 - les personnes en difficultés sociales
- ... mais également, dans le secteur de l'exclusion et du développement social.



Direction Régionale des
Affaires Sanitaires et Sociales
du Nord - Pas-de-Calais



SOMMAIRE

INTRODUCTION	p 9
METHODOLOGIE	p 11
 PARTIE I : DES SITUATIONS DE HANDICAP PSYCHIQUE	p 13
1.1. Un nouveau concept	p 14
1.2. Le handicap psychique vu par les professionnels et les usagers	p 14
1.3. Un handicap à définir	p 17
1.4. Des parcours et des situations hétérogènes	p 18
1.5. Un public difficilement identifiable	p 20
 PARTIE II : LA RECONNAISSANCE DU HANDICAP PSYCHIQUE ET L'INSERTION DANS LA CITE, UNE (R)EVOLUTION MULTIDIMENSIONNELLE	p 23
2.1. Le handicap psychique : un « défi » pour la MDPH ?	p 24
21 a. Vers de nouveaux outils d'évaluation	p 24
21 b. Des besoins d'accompagnement et de compensation particuliers	p 26
21 c. Une nécessaire réactivité	p 27
2.2. Quelles organisations et ressources humaines pour la prise en charge de ce public dans la cité ?	p 29
2.3. L'indispensable déstigmatisation	p 31
2.4. Le nouveau rôle des élus locaux	p 34
 PARTIE III : LORSQUE LE HANDICAP PSYCHIQUE SE CUMULE A D'AUTRES DIFFICULTES.....	p 39
3.1. Handicap psychique et incarcération	p 40
3.2. Handicap psychique et déficience intellectuelle	p 43
3.3. Handicap psychique, précarité et exclusion : vers une recomposition du champ de prise en charge	p 44
33 a. De nouveaux acteurs	p 45
33 b. De nouveaux outils	p 45
 PARTIE IV : LES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRISE EN CHARGE DU HANDICAP PSYCHIQUE	p 49
4.1. L'accès aux soins	p 50
41 a. Les dispositifs de soins psychiatriques	p 50
41 b. La continuité des soins	p 52
- L'éducation thérapeutique	p 52
- L'alliance thérapeutique	p 54
41 c. L'accès aux soins somatiques	p 55
4.2. Le logement et l'hébergement	p 57
42 a. Les différents dispositifs de logement et d'hébergement adapté	p 57
42 b. Favoriser l'accès au logement autonome	p 62
42 c. Permettre le maintien dans le logement	p 63

4.3. Activités et participation sociale	p 64
43 a. Les Groupes d'Entraide Mutuelle	p 64
4.4. L'insertion professionnelle	p 70
44 a. Les dispositifs et établissements adaptés	p 70
44 b. L'accès au milieu ordinaire de travail	p 71
44 c. Les spécificités de l'insertion professionnelle dans le milieu ordinaire des personnes en situation de handicap psychique.	p 73
4.5 Les conditions de ressources	p 75
4.6. La protection juridique	p 76
4.7. L'accompagnement social	p 79

PARTIE V : DES ANALYSES TERRITORIALES	p 83
5.1 « Les terres Dunkerquoises »	p 85
5.2 « Bruay la Buissière et le bassin minier »	p 87
5.3 « La banlieue Est de Lille »	p 90
5.4 « Les 3 secteurs du Cambrésis »	p 93
5.5 « Le bassin Arrageois »	p 96
5.6. Tableaux de synthèse	p 98
5.7. Analyse croisée	p 101

PARTIE VI : PRECONISATIONS.....	p 103
6.1. Face au manque de lisibilité des dispositifs : la création d'un site internet	p 105
6.2. L'impératif développement d'un ensemble de service et d'établissements adaptés aux besoins des personnes	p 106
6.3. La nécessité d'adapter les outils d'évaluation et de compensation du handicap psychique	p 107
6.4. La lutte contre la discrimination et la destigmatisation	p 109
6.5. Le manque de partenariats des acteurs	p 111
Conclusion	p 113

Liste des sigles	p 114
Liste des personnes ressources sollicitées dans le cadre de l'étude.....	p 115
Bibliographie.....	p 117

ANNEXE : Liste des associations intervenant dans le champ du handicap psychique, structures ressources en région Nord/Pas-de-Calais	p 135
--	--------------



INTRODUCTION

La santé mentale est définie par l'OMS comme « un état de bien être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. » Or celle-ci reste fragile comme en témoignait le Dr Gro Harlem Brundtland, directeur général de l'OMS en 2001¹ :

« La dépression majeure est aujourd'hui la première cause d'incapacité dans le monde et figure au quatrième rang des principales causes de morbidité. A en croire les projections, elle aura dans une vingtaine d'années le triste privilège d'accéder à la seconde place. On compte dans le monde 70 millions d'alcoolodépendants, 50 millions environ d'épileptiques et 24 millions de schizophrènes. Un million de personnes se suicident chaque année et 10 à 20 millions font une tentative de suicide. Rares sont les familles qui ne sont pas touchées par des troubles mentaux. Une personne sur quatre sera atteinte d'un trouble mental à un moment de son existence. »

Bien que les causes exactes de la maladie mentale soient encore méconnues, leur survenue est liée à l'interaction d'un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

D'autres facteurs tels que le vieillissement de la population, la précarisation, la paupérisation, l'isolement contribuent également à la fragilisation de l'équilibre psychique des personnes.

Ces troubles ou maladies mentales peuvent prendre des formes particulièrement envahissantes, et handicaper les personnes qui en sont atteintes de différentes manières. Le handicap psychique, officiellement reconnu par la loi du 11 février 2005, a la particularité d'apparaître comme un objet social mal identifié, aux contours flous, à la fois diffus et imposant.

Au croisement de la maladie et du handicap, il vient bousculer les cadres d'analyses et de prise en charge catégoriels et cloisonnés. Dual, il questionne deux champs professionnels aux cultures et pratiques différentes : le secteur médico-social, qui se voit confronté à ses limites de prise en charge et les secteurs psychiatriques qui, en pleine recomposition, se voient dans l'obligation de penser de nouveaux modes d'accompagnement et de partenariat.

La reconnaissance par la loi du 11 février 2005 du handicap psychique engage inéluctablement à une accélération des changements de paradigme amorcée par la sectorisation, le développement de la psychiatrie communautaire et du décroisement des secteurs sociaux et médico-sociaux.

Mais cette reconnaissance engage également à une réflexion approfondie sur ce « nouvel handicap », dont les besoins en terme d'accompagnement et de compensation restent eux aussi mal identifiés.

De par leurs prévalences importantes les troubles et maladies mentales représentent bel et bien une question de société majeure. Il importe donc de s'intéresser aux réponses sociales et institutionnelles que sera à même de proposer notre société afin d'accompagner ses citoyens dans leurs parcours de soin et d'insertion sociale.

¹ Rapport sur la santé dans le monde OMS 2001

Conformément aux recommandations du rapport Charzat², qui recommandait de dresser un inventaire de l'existant, il s'agit donc ici de produire un état des lieux régional multidimensionnel, à même d'offrir une vision globale des dispositifs de prise en charge des **adultes** en situation de handicap psychique dans la région Nord Pas de Calais.

Différents objectifs sont visés :

- Approfondir la notion de handicap psychique à travers la définition qu'en donnent les professionnels, les familles et les usagers et les parcours de vie des usagers.
- Produire un diagnostic des dispositifs existants en matière de continuité des soins, d'accompagnement social, de logement, de conditions de ressources, d'activités socioculturelles et professionnelles et de protection juridique.
- Analyser les types de coordination existant entre les intervenants sanitaires, médico-sociaux et sociaux à travers l'étude exhaustive de 5 secteurs de psychiatrie.
- Présenter des préconisations à même de favoriser l'insertion sociale de ce public ainsi que la coordination entre les différents acteurs.



² Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches, CHARZAT Michel, Paris; Ministère de l'emploi et de la solidarité; 2002; 138p.

METHODOLOGIE

Avant même de définir la méthode de travail qui serait utilisée pour mener cette étude, il a s'agit de s'entendre sur le public qu'elle cherchait à appréhender. Qu'est-ce qu'être en situation de handicap psychique? Quels « critères » caractérisent cette nouvelle catégorie sociale ?

Il fallait trouver des critères de définition ni trop généraux, au risque d'englober les phénomènes massifs de souffrance psychique, ni trop restrictifs afin de prendre en considération la diversité de ce public.

Le critère du soin, à lui seul, n'est pas suffisant, de nombreuses personnes n'étant pas suivies par les équipes de psychiatrie.

Le critère de la reconnaissance du handicap par la MDPH quant à lui excluait toutes les personnes qui s'inscrivent dans d'autres champs de prise en charge et d'accompagnement que celui du handicap, tels que ceux de l'invalidité ou de l'exclusion.

Il a donc été choisi de s'appuyer sur la définition générique de la loi du 11 février 2005 qui présentait l'avantage de mettre en avant les conséquences du handicap sur lesquelles il convient d'agir :

« Le handicap psychique représente toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne dans son environnement en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions psychiques. »

C'est sur cette base qu'a ensuite été pensée la méthodologie de cette étude. Il a s'agit de rencontrer l'ensemble des acteurs qui interviennent autour de ce public spécifique (professionnels sanitaires, médico-sociaux, de l'insertion professionnelle, familles, acteurs de l'administration...), mais également les experts d'expériences que sont les personnes qui vivent ces situations de handicap.

Un premier type de rencontre avec les acteurs professionnels ou institutionnels avait pour objectif d'échanger sur :

- Les spécificités du handicap psychique, de son accompagnement et de sa compensation
- Les dispositifs existants ou en projet
- Les types de partenariat et de coordination développés par les professionnels
- Leur vision des progrès à réaliser, des manques à combler

Un second type de rencontre avec les familles et les usagers a par ailleurs apporté des éléments riches de sens qui ont permis d'ancrer l'avancée de l'étude, ainsi que le développement de certains questionnements dans la réalité des parcours de vie et des situations vécues.

- La parole des familles a été recueillie dans le cadre de débats organisés par l'UNAFAM ou de rencontres particulières
- Les usagers ont principalement été rencontrés via les établissements ou dispositifs qui les accompagnaient

C'est donc au croisement de ces multiples discours et postures que s'est construite cette étude, par la confrontation de vécus, d'expériences professionnelles et de regards hétérogènes et complémentaires.

En 4 mois, 73 personnes ressources ont été rencontrées, dont :

- 6 usagers
- 3 représentants d'usagers
- 19 professionnels des secteurs de psychiatrie (psychiatres, infirmiers, cadres de santé, cadres socio-éducatifs, assistants de service social)
- 28 professionnels des structures sociales ou médico-sociales
- 17 représentants des administrations ou des collectivités

A cela s'ajoute la participation à des réunions et groupes de travail divers, qui ont permis d'approfondir certaines thématiques, ainsi qu'à deux débats avec des familles adhérentes à l'UNAFAM.

Parallèlement, une analyse détaillée des dispositifs et partenariats a été effectuée dans 5 secteurs de psychiatrie publique de la région.

Les axes d'analyse, ainsi que la méthodologie déployée ont été validés dans le cadre d'un comité de pilotage constitué des membres du groupe de travail du CROSMS.

Enfin, une matinée de restitution a été organisée le 8 janvier afin de présenter les grandes lignes de ce rapport aux professionnels ayant contribué à sa réalisation. Cela a été l'occasion de débattre avec eux, de valider cette analyse et de co-construire les préconisations présentées ici.



PARTIE I : DES SITUATIONS DE HANDICAP PSYCHIQUE...

- 1.1 Un nouveau concept**
- 1.2 Le handicap psychique vu par les professionnels et les usagers**
- 1.3 Un handicap restant à définir**
- 1.4 Des parcours et des situations hétérogènes**
- 1.5 Un public difficilement identifiable**

1.1 UN NOUVEAU CONCEPT

Le terme de handicap psychique est particulièrement récent, il apparaît progressivement au début des années 2000, dans le livre blanc de la santé mentale rédigé conjointement en 2001 par l'UNAFAM, la FNAPSY, la conférence des présidents de CME et CHS et la fédération Croix Marine, puis sous la plume du député Michel Charzat, dans un rapport public³ visant à définir les besoins et difficultés des personnes handicapées psychiques et de leur entourage.

Mais la reconnaissance nationale viendra de la loi du 11 février 2005 à travers la définition du handicap donnée dans l'article 2 :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou **psychiques**, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

En inscrivant l'altération des fonctions psychiques comme cause de handicap, elle permet la reconnaissance des difficultés vécues au quotidien par les personnes qui en sont atteintes et amorce le passage d'un statut de malade à celui de personne en situation de handicap, nécessitant donc accompagnement et compensation éventuels.

1.2 LE HANDICAP PSYCHIQUE VU PAR LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS

Malgré l'existence de ce cadre légal, récent, il est intéressant de constater qu'il n'existe aucune définition intrinsèque de ce handicap qui soit partagée par l'ensemble des professionnels. De la même manière, c'est un terme dont l'usage et l'acception sont très variés.

Les professionnels du soin y voient avant tout la création, sous l'impulsion des associations de familles et d'usagers, d'une nouvelle catégorie de public, qui ouvre la voie à une reconnaissance sociale et à un accès aux droits. Pour autant, pour beaucoup d'entre eux, la maladie mentale en soi ne génère pas forcément de handicap. Et si handicap il y a, il est avant tout d'ordre social. Certains évoquent également le fait que ce nouveau vocable risque d'accroître la stigmatisation dont souffrent déjà beaucoup de personnes.

Les travailleurs sociaux et éducatifs ressentent quant à eux un certain manque de légitimité pour définir ce concept. Plus des 2/3 des personnes ressources rencontrées dans le secteur médico-social ou social ont eu face à la question de la définition, une réponse du type « *je ne suis pas psychiatre, je ne peux pas vous donner une définition exacte.* »

« Handicap psychique » : un terme difficilement manié, rejeté ou utilisé avec extrêmes précautions. Il porte en lui-même les stigmates de la création du champ de l'action social ou médico-sociale et le ressentiment des psychiatres et du monde soignant face à la loi fondatrice de 1975.

³ Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches, CHARZAT Michel, Paris; Ministère de l'emploi et de la solidarité; 2002; 138p.

Les associations de familles se sont parfaitement appropriées ce terme. Les usagers quant à eux semblent mitigés. Pour certains l'étiquette de personne handicapée est lourde à porter et ils ne se définissent pas ainsi. Pour d'autres la reconnaissance du handicap produit par la maladie mentale permet avant tout de reconnaître la réalité des difficultés vécues par les personnes. Une usagère témoigne : *« La reconnaissance du handicap c'est une bonne chose. Si ça avait pu exister avant ça m'aurait drôlement aidé. Là on dit bien qu'on est en situation en handicap et qu'on n'est pas des fainéants ou des personnes de mauvaise volonté. »*

Les mots des professionnels et des usagers pour définir le handicap psychique :

« C'est un problème de représentation et de relation. C'est aussi un problème de perception de la réalité et de soi dans son environnement. C'est enfin de l'impuissance, de l'abattement.

Lorsque la maladie n'est pas encore acceptée, il y a une très grande souffrance à vif. Les personnes qui sont stabilisées, sous traitement sont un peu moins dans cette souffrance immédiate, mais ils restent amoindris dans leur capacité à faire. Ils sont intelligents mais ont des problèmes de concentration : ils n'arrivent pas à lire plus de 10 pages ou à écouter un CD entier... Ils n'arrivent pas à faire l'effort de s'adapter à cette réalité, ça leur demande une énergie pas possible. »

Chef d'un service d'accompagnement social

« Tout le monde à un seuil différent a des troubles psychiques, on a tous eu une petite déprime, mais tout est dans le degré de la maladie. On est tous des névrosés. Le stress, l'angoisse, ça concerne toute la société. Certains feront face plus facilement aux choses que d'autres.

Les troubles psychiques, c'est lié à l'enfance, au vécu, à l'accumulation de malheurs. A un moment donné, tout bascule. On tombe, on se relève, on retombe, on se relève, mais au bout d'un moment on craque, on dit stop. « Je peux plus, je ne veux plus. »

C'est donc aussi une question d'apprentissage : si tu n'as pas appris à remonter sur selle, tu restes à terre, et après, ça dépend des gens qui sont autour de toi, qui essayent ou non de te relever. »

Coordinateur de GEM

« Pour moi le handicap psychique, c'est un individu qui est en souffrance psychologique ou psychiatrique (bouffée délirante, crise maniaque) et qui après un passage en soins intensifs en psychiatrie, est en dehors des normes, a beaucoup de difficulté dans les gestes de la vie quotidienne et a besoin d'être accompagné. C'est des personnes qui sont toujours en souffrance.

Quand on entre en psychiatrie c'est comme la religion, c'est pour la vie.

Le handicap c'est quand même plutôt pour les psychotiques, les névrosés s'en sortent plus facilement. »

Président d'association

« C'est une souffrance psychologique qui peut ou va entraîner la désocialisation, le repli sur soi, des difficultés pouvant aller jusqu'à la question vitale.

C'est aussi la souffrance de la famille qui ne sait pas comment réagir face à la souffrance de la personne qui elle-même ne comprend pas ce qui lui arrive. »

Chef d'un service d'accompagnement social

« Moi ma position, qui est celle de nombreux psychiatres est que toute personne présentant des troubles psychiatriques ne présente pas forcément de handicap psychique. Et s'il y en a un, il est plutôt d'ordre social : c'est des personnes qui ont un handicap à la vie sociale, qui ne peuvent pas exercer leur travail dans des conditions correctes. C'est des choses qu'on retrouve beaucoup dans certaines pathologies : psychotiques chroniques, schizophrénie chronique. »

Psychiatre

« Pour moi c'est tout ce qui met des limites à l'intégration et à l'adaptation à la vie collective, ça peut être des limites cognitives, de comportement....mais c'est des limites sur lesquelles ils n'ont pas de maîtrise. Alors quelles réponses on leur apporte pour qu'ils puissent vivre dignement même si ils ne sont pas dans notre normalité ? Comment on les accepte ? Accepter ne signifiant pas se résigner. »

Responsable d'un service santé dans une association

« C'est une forme de maladie mentale devenue chronique. Ou on peut aussi le définir de façon négative, c'est une maladie mentale où le soin ne permet plus d'apporter d'amélioration. »

Représentant d'administration

« Pour moi il y a handicap psychique à partir du moment où une souffrance ne nous permet plus d'avoir accès à quelque chose du réel : on est dans la souffrance psychique, et on peut tous connaître ça. Ça s'exprime par une perte des repères de temps, d'espace, des besoins d'aide pour la douche, pour l'habillage, pour la prise du traitement, c'est des personnes qui ne parlent plus, qui pleurent tout le temps, se replient sur elles mêmes : ce n'est pas du somatique. »

Chef de service dans une structure d'hébergement

« C'est des usagers qui ont une fragilité certaine à vivre dans la vie de tous les jours et dans la vie privée. C'est des personnes qui ont connu un deuil, des blessures, des dépressions. Après il y a aussi des gens fragiles qui sont atteints de schizophrénie, de paranoïa, ils sont traités, stabilisés, mais du fait de la maladie, ils auront toujours besoin de soin et ne pourront pas travailler. Il y a plusieurs handicaps psychiques. Mais la personne handicapée psychique, ce n'est pas le fou ou l'incarnation du danger, ceux qui sont dangereux pour eux même ou pour les autres, ils sont à l'hôpital. Le problème c'est que la société met tout dans le même sac. Le handicap psychique ne se voit pas, les gens ne se rendent pas compte de ce que ça implique. »

Représentant d'utilisateur

« Le handicap psychique, c'est l'impression de toujours vivre à côté des autres. »

Usager

On note malgré cette grande diversité d'interprétation que différents éléments propres au handicap psychique font consensus : la souffrance, l'isolement, l'absence de demande ainsi que la méconnaissance et l'incompréhension qui l'entoure.

Mais bien que caractéristiques de ce handicap, ces éléments se suffisent pas à définir en soi le handicap psychique. Il est en de même pour le diagnostic clinique : dire d'une personne qu'elle est atteinte d'un troubles dépressif grave, d'un état névrotique ou psychotique, d'un état limite, de détériorations liées à l'âge, à des intoxications ou à des affections neurologiques - qui sont les causes principales de ce handicap - ne permet pas de définir le handicap consécutif en lui-même.

1.3 UN HANDICAP A DEFINIR

Etre atteint d'une maladie mentale ne constitue pas en soi un handicap, deux personnes atteintes de schizophrénie ne présenteront pas les mêmes troubles, ni les mêmes ressources : chacune sera affectée par les effets de la maladie d'une façon qui lui est propre. Il s'agit donc de pouvoir donner du contenu à ce terme de 'handicap psychique'. En quoi une altération des fonctions psychiques génère-t-elle un handicap ? Pour tenter de répondre à cette question il semble intéressant de s'appuyer sur la classification internationale des handicaps mise au point en 1980 par le professeur Philip Wood. Celle-ci permet de sortir des oppositions réductrices entre maladie et handicap, et d'envisager des liens de causalité. Appliquée à la maladie ou aux troubles mentaux, cette classification permet d'enrichir notre compréhension du handicap psychique de la manière suivante: La maladie mentale engendre des **déficiences** que l'on peut définir comme une perte de moyens ou dysfonctionnement de parties ou de fonctions du corps :

- Troubles de la volition
- Troubles de la pensée (idées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées, délires)
- Troubles de la perception (hallucination, déréalisation)
- Troubles de la communication ou du langage
- Troubles du comportement (agressivité, agitation, phobies, rites obsessionnels)
- Troubles de l'humeur (dépression, excitation)
- Troubles de la vie émotionnelle et affective (anxiété, angoisse, indifférence...)
- Perte des repères spatio-temporels
- Expression somatique (catatonie, paralysie...)

Les déficiences génèrent des **incapacités**: les dysfonctionnements rendent impossible la réalisation d'actes du quotidien, ou l'inscription dans une vie sociale considérée comme ordinaire.

Enfin, ces incapacités créent des **désavantages sociaux**, qui désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer afin de remplir son rôle social, tel qu'elle l'envisage ou que la société lui attribue (insertion scolaire, professionnelle, dans un groupe social, épanouissement dans un projet de vie autonome...).

A titre d'exemple, une personne dont la maladie générera des déficits cognitifs tels que l'attribution de fausses attentions chez les personnes rencontrées, entraînera des incapacités à faire confiance, un retrait social et des angoisses, qui eux même déboucheront sur des désavantages sociaux tels que l'isolement, la fatigue...

Une étude menée par la délégation régionale ANCREAI Ile de France - CEDIAS⁴ en 2003 auprès des patients hospitalisés au long cours dans les services de psychiatrie en Ile de France a permis de dresser une échelle des aptitudes liées au fonctionnement intellectuel et aux habitudes de la vie quotidienne les plus mises à mal par la maladie mentale. Il apparaît que des aptitudes telles que la capacité d'initiative, de jugement et de raisonnement, les capacités d'intégration dans un groupe, de tolérance à la frustration, d'attention et de concentration ainsi que la production verbale sont fragilisées par la maladie mentale.

Dans la vie quotidienne, ces incapacités compliquent la réalisation d'actes tels que le règlement de factures, la gestion d'un budget, des soins de santé et l'entretien du logement.

⁴ « Les patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie adulte en Ile-de-France. Enquête de l'ARHIF, réalisée par la délégation régionale ANCREAI Ile-de-France-CEDIAS, décembre 2003.

A ces déficiences, incapacités et désavantages sociaux viennent par ailleurs s'ajouter différents éléments caractéristiques du handicap psychique qui peuvent fragiliser la personne et son inscription dans la société :

- **Les effets secondaires des traitements**, tels que la fatigue, la prise de poids, les pertes de mémoire, les difficultés de concentration, qui viennent lourdement peser sur le quotidien des personnes et influer sur leur espérance de vie.
- **Le déni** : accepter le fait que l'on est atteint d'une maladie mentale reste quelque chose de très difficile, notamment lorsque celle-ci se déclare durant l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Pour la personne comme pour l'entourage, cette acceptation nécessite un travail de deuil des projets de vie et la reconstruction d'un avenir, d'un quotidien, d'une image de soi et/ou de l'autre. La maladie mentale génère bien un avant et un après.
- **Le poids de la stigmatisation** vient s'ajouter à ces difficultés. Les représentations de la maladie mentale sont telles que les personnes qui en sont atteintes se voient décredibilisées et rejetées. L'environnement sociétal contribue donc amplement aux désavantages sociaux dont sont victimes les personnes en situation de handicap psychique.

La définition du handicap psychique reste aujourd'hui encore à préciser. Un appel à projet de recherche vient d'ailleurs d'être lancé par la mission recherche de la DREES, la CNSA, la DGAS, l'IRESP et l'UNAFAM sur le thème : « Handicap psychique, autonomie, vie sociale ». L'objectif est de définir cette notion et ses enjeux, d'évaluer les limitations d'activité et des restrictions de participation à la vie sociale, les moyens de compensation et leur analyse économique ainsi que la coordination nécessaire des domaines sanitaires et sociaux.

1.4 DES PARCOURS ET DES SITUATIONS HETEROGENES

Il est particulièrement difficile de dresser des idéaux-types des personnes en situation de handicap psychique, tant les profils et histoires de vie varient. Hommes, femmes, de tous milieux socioprofessionnels, isolé, entouré... la maladie mentale se retrouve dans toutes les couches sociales, dans tous les environnements. L'une des rares constantes, du moins pour les psychoses, est la période de vie au cours de laquelle elle se développe : l'adolescence, le début de l'âge adulte. Les névroses peuvent se déclencher à tout moment à la suite d'événements angoissants ou traumatisants.

Cette hétérogénéité se retrouve au niveau des statuts et des ressources : certaines personnes bénéficient de l'AAH, d'autres du RMI, d'une pension d'invalidité, d'une retraite, du minimum vieillesse, d'un salaire, d'un arrêt de travail longue durée... Le seul élément récurrent est la mise sous protection juridique. Curatelle ou tutelle, l'extrême majorité des personnes en situation de handicap psychique bénéficient de l'accompagnement de délégués à la tutelle.

Le recours au soin est lui aussi très divers : certaines personnes sont solidement inscrites dans un parcours de soin, pour d'autres la continuité des soins est plus fragile, d'autres enfin n'ont pas du tout recours aux systèmes de soin.

En terme de logement ou d'hébergement, là aussi il n'existe pas d'exemple type. Les personnes en situation de handicap psychique évoluent dans des logements autonomes, dans leur famille, à la rue,

en foyer occupationnel, en CHRS, en maison de retraite en MAS, en FAM, en accueil familial thérapeutique, en appartement associatif ou thérapeutique, en maison relais, ...⁵

Quelques exemples d'histoires de vie pour illustrer cette diversité, qui s'appuient sur le récit des personnes et/ou des professionnels :

« Il s'agit d'un homme, âgé aujourd'hui de 45 ans. Il y a 15 ans, alors qu'il était petite main chez un grand couturier, sa femme le quitte et obtient le droit de garde de leur fils. Progressivement cet homme sombre dans l'alcool et le cannabis, il perd son emploi, son logement et le droit de visite de son enfant. Il errera quelque temps puis sera hébergé dans un foyer où il vit encore aujourd'hui en bénéficiant de l'AAH. La souffrance de la perte de ce passé lui est si dure qu'il n'arrive pas aujourd'hui à s'ancrer dans le présent. Il est dans l'incapacité de faire des projets, d'imaginer un futur et occupe son quotidien à se remémorer ses souvenirs. »

« C'est une femme d'une quarantaine d'année. Tout au long de sa vie, elle a connu la précarité et la violence. Il y a quelques années ses parents décèdent et elle tombe dans une grave dépression. Elle sera hospitalisée à plusieurs reprises. Même si aujourd'hui elle assure seule les actes de la vie quotidienne et vit seule avec sa fille adolescente, elle se sent encore très fragile et dans l'incapacité de travailler. Elle est toujours suivie par les équipes soignantes de son secteur et fréquente très régulièrement le CATTP. »

« C'est un homme, qui à l'époque était un « mari et un père heureux ». A la suite d'un accident, son beau père, qui contribuait également à la survie du foyer, se retrouve dans l'incapacité de travailler. Cet homme se met donc à cumuler deux emplois pour pouvoir subvenir aux besoins de sa famille et de sa belle famille. Durant quelques mois il cumule son emploi et la distribution de journaux durant la nuit. Un rythme éreintant, il se réveille un matin, totalement désorienté, sans mémoire, sans repère, le burn out, il agresse sa femme à l'arme blanche. Sur décision du juge, il sera hospitalisé pendant 10 ans. Il vit aujourd'hui en foyer, dans un studio et touche l'AAH. Suite à un long travail éducatif, il a pu développer son autonomie, mais nécessite toujours cependant un accompagnement important pour l'entretien de son studio et ses déplacements (perte de repères spatio-temporels). »

« Dans un autre studio, une jeune femme d'une trentaine d'année. Elle aussi a connu une très longue hospitalisation. Très tôt dans son adolescence, la « voix de Dieu » s'est mise à l'habiter. Il la conseille, l'aide à entretenir son logement. Elle vit dans l'angoisse que de mauvais esprits viennent l'envahir, ce qui dans son esprit peut arriver quand elle n'entretient pas son studio. Son quotidien est donc rythmé par cette angoisse. Elle est partagée : les neuroleptiques d'un côté l'aide à « avoir un raisonnement plus scientifique » mais elle aimerait parfois les arrêter pour pouvoir entièrement se consacrer à sa vie spirituelle. Elle aime son studio mais aimerait souvent retourner à l'hôpital, c'est un lieu qui la sécurise : il y a moins de meubles, moins de rangement, moins de chances que les mauvais esprits viennent l'envahir. Le handicap se manifeste sous la forme de cette angoisse, de manies et d'une profonde fatigue. »

⁵ L'ensemble de ces dispositifs seront présentés dans la partie Logement

1.5 UN PUBLIC DIFFICILEMENT IDENTIFIABLE

Différents éléments chiffrés nous apportent des informations sur l'état de la santé mentale au niveau mondial et en France :

- Au niveau mondial : « 25% des individus dans le monde présenteraient un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement au cours de leur vie. En 2003, la prévalence des épisodes dépressifs unipolaires a été estimée à 9.5% pour les femmes et 5.8% pour les hommes sur une période d'un an, le taux de récurrence à la suite d'un épisode dépressif est d'environ 35% dans un délai de deux années et d'environ 60% sur 12 ans. Dans 20% des cas, la dépression devient chronique sans rémission. L'issue la plus tragique est le suicide : 15 à 20% des dépressifs chroniques mettent fin à leur vie. »⁶ La dépression est la troisième cause de mortalité précoce dans les pays industrialisés.
- La dernière enquête française, réalisée avec le questionnaire MINI par le CCOMS estime à 11% la prévalence des épisodes dépressifs majeurs au cours des deux dernières semaines qui ont précédées l'enquête (13% chez les femmes et 8.9% chez les hommes)⁷
- On estime communément que les troubles psychotiques touchent 2 à 3% de la population française et la prévalence de la schizophrénie à 1% de la population.⁸
- L'anxiété généralisée touche selon l'enquête CCOMS 14% des personnes entre 18 et 49 ans. Plus d'un quart des personnes manifestant des symptômes d'anxiété généralisée ont aussi connu un épisode dépressif.⁹

Plus localement, le guide « Santé mentale en Nord-Pas-de-Calais : images et réalités » édité par le service Etudes et Statistiques de la DRASS sur la base de l'étude SMPG apporte des éléments importants quant à la prévalence de différents troubles mentaux en région Nord-Pas-de-Calais :

⁶ La santé mentale : état des lieux et problématique, B. Lamboy, Santé publique 2005, volume 17, n°4, pp 583-596

⁷ idem

⁸ Rapport Charzat

⁹ Volet Santé Mentale, PRSP Nord-Pas-de-Calais.

Prévalences des différents troubles repérés

Unité : %

Troubles repérés par le Mini	Nord-Pas-de-Calais	France métropolitaine
Au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie)	35,9	31,9
Troubles de l'humeur (1)	16,1	13,6
Episode dépressif (2 semaines)	13,1	11,0
Dont trouble dépressif récurrent (vie entière)	6,3	5,6
Dysthymie (2 dernières années)	2,9	2,4
Episode maniaque (vie entière)	1,7	1,6
Troubles anxieux (2)	24,7	21,6
Anxiété généralisée (6 derniers mois)	15,1	12,8
Phobie sociale (actuelle)	4,2	4,2
Trouble panique (actuel)	5,0	4,1
Agoraphobie (actuelle)	2,5	2,1
Dont agoraphobie avec trouble panique (actuelle)	0,7	0,5
Etat de stress post-traumatique (actuel)	0,8	0,7
Problème d'alcool	5,3	4,3
Problème de drogue	2,8	2,5
Syndrome d'allure psychotique (vie entière)	2,3	2,7
Dont		
Syndrome psychotique isolé actuel	0,1	0,2
Syndrome psychotique isolé passé	0,5	0,5
Syndrome psychotique récurrent actuel	1,0	1,1
Syndrome psychotique récurrent passé	0,7	0,8
Risque suicidaire	15,1	13,6
Léger (3)	10,5	9,8
Moyen	2,4	2,2
Elevé	2,2	1,7
Insomnie actuelle	14,0	*

* : information non disponible

(1) Le diagnostic d'épisode dépressif récurrent exclut d'emblée celui de dysthymie.

(2) L'exploration des symptômes d'anxiété généralisée n'a lieu qu'en l'absence de tout autre trouble anxieux.

(3) Avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie suffit à la cotation d'un risque suicidaire léger.

Note : les prévalences correspondent à la part de la population concernée par chacun des troubles.

Ainsi, 35,9 % des personnes de 18 ans et plus ont au moins un trouble de santé mentale dans le Nord-Pas-de-Calais.

Champ : personnes âgées de 18 ans et plus.

Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

« Plus d'un tiers des personnes de 18 ans et plus aurait un trouble de santé mentale, ce qui est plus important qu'en France. Les problèmes les plus fréquents sont les troubles anxieux qui concernent un quart des adultes. 16% des personnes interrogées sont touchées par des troubles de l'humeur, 5% par des problèmes d'alcool, 3% par des problèmes de drogues. Enfin, un syndrome d'allure psychotique a été repéré chez 2% des adultes. »¹⁰

¹⁰ Santé Mentale en Nord-Pas-de-Calais : images et réalité. DRASS-DDASS, Septembre 2008.

- En 2000, 2001 et 2002, la région enregistre une moyenne de 866 suicides par an (soit deux fois plus de décès que par accident de la circulation). La région présente donc une surmortalité par suicide plus importante que la moyenne française.¹¹
- En terme de consommation médicamenteuse, on estime que 9.3% de la population régionale a consommé au moins un antidépresseur, 17.7% un tranquillisant et 10.7% un hypnotique. Soit un total de 25% de la population qui a consommé au moins une fois un psychotrope.¹²
- Les résultats de l'enquête « psychiatrie générale et infanto-juvénile » réalisée pour le CRCSM ¹³nous apprennent qu'en 2006 la file active totale des 60 secteurs de psychiatrie de la région Nord Pas de Calais est de 93 679 personnes (soit 3.26% de la population de 20 ans et plus), qui se répartissent ainsi :
 - Moyenne des files actives des secteurs de l'Artois : 1647 personnes
 - Moyenne des files actives des secteurs de l'Hainaut : 1088 personnes
 - Moyenne des files actives des secteurs du Littoral : 1614 personnes
 - Moyenne des files actives des secteurs de la Métropole : 1770 personnes

Ces données globales permettent d'insister sur l'importance des troubles de la santé mentale. Pour autant, elles ne nous permettent pas d'appréhender fidèlement le nombre de personnes chez qui les troubles ou les maladies mentales engendrent un handicap. C'est un public que les systèmes de chiffrage actuels ne permettent pas de mesurer précisément, chaque donnée étant parcellaire.

Qu'elles représentent un total en terme de file active des secteurs (qui mêlent différents types de situations : personnes suivies en ambulatoire mais ne présentant pas de handicap, personnes présentant des troubles chroniques qui se voient lourdement handicapées par la maladie), ou qu'elles recensent un certain nombre de pathologies, ces données ne prennent pas en compte le degré de handicap que peuvent engendrer les troubles ou maladies.

Or cette question de la quantification est essentielle afin d'adapter l'offre d'accompagnement et la planification régionale.

Il existe cependant des indicateurs, des bases de données (MDPH, assurance maladie...), qu'il pourrait être intéressant de croiser afin d'obtenir une vision plus précise du nombre de personnes en situation de handicap psychique dans la région.



¹¹ Volet Santé Mentale, PRSP Nord-Pas-de-Calais

¹² idem

¹³ Commission Régionale de Concertation en Santé Mentale

PARTIE II : LA RECONNAISSANCE DU HANDICAP PSYCHIQUE ET L'INSERTION DANS LA CITE : UNE (R)EVOLUTION MULTIDIMENSIONNELLE

2.1 Le handicap psychique : un défi pour la MDPH ?

21 a Vers de nouveaux outils d'évaluation

21 b Des besoins d'accompagnement et de compensation particuliers

21 c Une indispensable réactivité

2.2 Quelles organisations et ressources humaines pour la prise en charge de ce public ?

2.3 La nécessaire déstigmatisation

2.4 Le rôle des élus locaux

2.1 LE HANDICAP PSYCHIQUE : UN DEFI POUR LA MDPH ?

21 a. Vers de nouveaux outils d'évaluation

L'attribution de moyens de compensation du handicap, l'ouverture de droits ou l'orientation vers des établissements médico-sociaux est conditionnée par l'évaluation du handicap dont souffrent les personnes. De part le caractère invisible et méconnu du handicap psychique, cette évaluation des incapacités est essentielle, c'est elle également qui permettra de définir les besoins réels des personnes et donc la demande qui devra être formulée à la MDPH. A l'heure actuelle, les deux MDPH de la région disposent d'outils d'analyse des situations différents :

La MDPH du Pas de Calais a constitué des équipes pluridisciplinaires restreintes spécifiques pour ce public. Une équipe de 4 à 5 personnes, dont un psychiatre, reçoit les personnes afin d'évaluer l'état d'autonomie, les besoins, en lien avec leurs projet de vie. Cette équipe pluridisciplinaire communique alors ses recommandations à la CDA qui le plus souvent les confirme.

La MDPH du Nord, face au nombre important de dossiers qu'elle doit traiter (100 000 par an) ne peut pas garantir une rencontre physique à chaque demandeur, il arrive donc que certains dossiers soient traités uniquement sur la base des documents et certificats qu'il contient.

Cependant, dans le cadre d'une convention avec la coopérative ANITA, elle expérimente actuellement une **équipe spécialisée d'évaluation du handicap psychique** (ESEHP) dont la mission est d'évaluer le handicap des personnes dans le cadre de demande d'AAH, d'orientation en établissement ou de PCH. Basée sur le volontariat, cette expérimentation est financée par la CNSA.

Réalisée en binôme, psychologue et conseiller d'insertion, elle s'effectue dans différents environnements. Deux entretiens permettent tout d'abord d'aborder de manière générale la vie personnelle de la personne, la maladie puis des dimensions d'ordre sociales et professionnelles. Une visite à domicile est également organisée. Enfin, une série de test, passés sur table puis dans le cadre d'un atelier de cuisine collectif permet d'évaluer les facteurs suivants :

- Cognitif : repères spatio-temporels, vitesse d'idéation, mobilisation des savoirs, capacités de concentration, d'attention, de mémorisation, d'analyse.
- Habiletés psychomotrices et professionnelles : capacités d'organisation, de coordination des gestes, vitesse d'exécution, endurance, habiletés fonctionnelles et décisionnelles, savoirs faire personnels et professionnels.
- Habiletés sociales : liens et repères sociaux, mobilisation des savoirs être, gestion de l'hygiène de vie
- Identité personnelle : perception de soi et de ses compétences, gestion émotionnelle, sensibilité au changement, adaptation au collectif

A l'heure actuelle 16 évaluations ont été effectuées sur 48 prescriptions de la MDPH. Pour 25 personnes, le dispositif n'a pas pu être conduit en raison d'éloignement géographique, de retour au soin ou de refus de participation.

Un premier bilan d'étape fait apparaître l'intérêt de ces évaluations pour la MDPH. Permettant de retracer l'ensemble du parcours des personnes depuis leur enfance, de dresser une synthèse sur l'environnement familial, professionnel et social, de construire un projet de vie et d'analyser les capacités/incapacités dans le cadre de mise en situation, elles apportent une aide précieuse à la prise de décision de la CDA.

Il apparaît cependant que certains points du dispositif pourraient être améliorés :

- D'une part, on peut noter un décalage entre les préconisations formulées par les ESEHP et les réponses que la MDPH est en capacité de donner, entre autre en raison d'une méconnaissance législative. Il convient donc de permettre d'avantages d'échanges entre les équipes.
- D'autre part, l'ESEHP regrette l'absence de retour sur les décisions prises, il serait intéressant pour elles de pouvoir participer aux CDA. De même il serait pertinent qu'elles puissent avoir des informations sur la suite du parcours des personnes. Car même si elles n'interviennent pas directement dans l'accompagnement, elles doivent pouvoir faire le relais avec les services qui interviendront par la suite et avec les personnes, qui pensent que l'équipe qui les a suivis durant ce temps d'évaluation poursuivra son accompagnement.

De par son caractère invisible, impalpable et sa méconnaissance, l'évaluation du handicap psychique nécessite de pouvoir s'appuyer sur des informations très diverses qui portent à la fois sur les retentissements de la pathologie et du traitement, l'environnement social et familial, l'adhésion de la personne aux soins, sa vie quotidienne, son fonctionnement relationnel, sur le parcours de vie (étapes, ruptures, décompensations...). Informations qui ne peuvent pas toutes apparaître dans le certificat médical du dossier MDPH.

Ces informations, dans un premier temps, sont capitales pour formuler une demande de compensation adéquate. Elles permettent d'éviter par exemple une expérience en collectivité dans un établissement médico-social qui pourrait s'avérer désastreuse ou encore d'inscrire la personne dans un dispositif auquel elle n'adhérera pas.

Les informations sont disséminées dans tous les services d'accompagnement ou de prise en charge des personnes. Les équipes des secteurs de psychiatrie disposent d'éléments, tout comme les établissements médico-sociaux, les services d'accompagnement ou les familles. L'élaboration d'un dossier de demande complet nécessite donc un partage des informations.

Bien souvent se sont ces acteurs qui sont à l'origine de demandes à la MDPH ou du moins accompagnent les personnes dans la rédaction du dossier. Il apparaît qu'ils méconnaissent parfois les besoins exactes des MDPH pour traiter au mieux ces dossiers ou ne maîtrisent pas le vocabulaire ou les codes adéquats.

Face à ce constat, la MDPH du Nord a créé un groupe de travail afin d'accompagner ces acteurs dans la construction des dossiers de demandes et d'analyser le type d'informations nécessaires et les modalités pour les recueillir. Il ne s'agit pas bien sûr de créer un dossier de demande spécifique au handicap psychique, mais de le compléter par un volet supplémentaire permettant de mieux comprendre le retentissement du handicap psychique sur la vie et les besoins concrets de compensations.

Certains services tels que le SAVS R'éveil (à destination des personnes traumatisées crâniens) face à ces difficultés d'évaluation et à leurs conséquences sur la vie des personnes ont développé des pratiques particulières. L'équipe comprend une neuropsychologue qui accompagne chaque dossier de demande de PCH d'une explication neurologique, biologique des troubles consécutifs au traumatisme et en traduit les conséquences sur la vie quotidienne et le comportement des personnes. Comme en témoigne la directrice :

« Du fait du caractère invisible du handicap, il est important de monter des dossiers très argumentés, avec une solide grille d'évaluation qui permette de montrer l'importance de la stimulation chez ces personnes et donc les besoins d'accompagnement. »

21 b. Des besoins d'accompagnement et de compensation particuliers

La possibilité de disposer d'une base d'informations conséquente pour mener une évaluation pertinente est une première pierre qui permettra d'adapter l'accompagnement et la compensation proposés aux personnes en situation de handicap psychique. Mais il convient également de sensibiliser les membres des CDA aux spécificités de ce handicap afin de permettre une meilleure reconnaissance des incapacités qu'il entraîne et éventuellement de développer l'accès à une PCH pour les personnes en situation de handicap psychique.

A titre d'exemple, le fait qu'une personne tétraplégique, qui ne pourra pas sortir de son domicile nécessite une PCH est aujourd'hui une évidence. Qu'en est-il pour une personne agoraphobe qui sera tout autant dans l'incapacité d'évoluer à l'extérieur de son logement ?

A cette méconnaissance des besoins d'accompagnement du handicap psychique, vient par ailleurs s'ajouter le fait que ceux-ci sont particuliers. En quantité restreinte comparée à d'autres types de handicap, ils n'en sont pas moins indispensables, comme en témoigne ce professionnel socio-éducatif :

« Pour un schizophrène, on va demander 4h de SAVS par semaine, pas plus, sinon la personne va avoir l'impression qu'on s'immisce dans sa vie. 4h ça leur paraît peu, la MDPH est habituée à des handicaps lourds, qui nécessitent un accompagnement important. '4h c'est rien, donc au final en ont-ils vraiment besoin ?' Oui, c'est essentiel. On a du mal à se faire entendre là-dessus. »

Enfin, le phénomène de **non demande**, souvent caractéristique du handicap psychique vient complexifier la donne. Certains besoins primordiaux pour l'évolution des personnes dans la cité ne sont pas formulés et ne font donc pas l'objet d'une demande. Pour autant ils conditionnent la qualité de vie des usagers. Il s'agit donc de prendre en compte cette donnée pour pouvoir adapter au mieux les propositions et orientations qui seront formulées par la MDPH.

21 c. Une indispensable réactivité

La reconnaissance du handicap psychique génère enfin un second défi pour les MDPH : celui de la réactivité et de l'adaptabilité. En effet, le handicap psychique est particulièrement évolutif, une décompensation peut survenir à tout moment et nécessiter des besoins d'accompagnement et de compensation dans des proportions beaucoup plus importantes. De la même manière, une fois la personne « stabilisée » ses besoins diminueront. En terme d'orientation et de compensation, une prise en charge adaptée du handicap psychique engage donc à une certaine souplesse, pour les établissements et services comme pour les institutions prescriptives.

D'autant que ces décisions mais également leur temps de mise en œuvre engendrent des conséquences importantes pour les personnes, comme en témoigne ce médecin psychiatre :

« Par exemple on a eu un jeune homme, stabilisé, prêt à se lancer dans une dynamique professionnelle. Il reçoit une orientation ESAT, mais aucune place n'est disponible. Pour combler, l'équipe soignante l'oriente en hôpital de jour pour l'occuper. Il se sent dévalorisé et commence à aller moins bien. L'équipe tente un stage chez un artisan, mais du fait du traitement, le jeune homme est trop lent, le stage se passe mal. Il décompense et doit de nouveau être hospitalisé. C'est à ce moment là qu'une place se libère, mais il n'était pas en état d'y aller, et là on nous sort « vous voyez bien qu'il est malade, qu'il ne peut pas travailler ». Il y a un vrai décalage en terme de temps. Le médico-social doit pouvoir s'adapter, être plus souple. »

Ce problème se pose pour les établissements mais également pour les services d'accompagnement actuellement régularisés en SAVS :

« L'orientation MDPH n'est pas encore vraiment effective, là actuellement on régularise. Mais le fait d'avoir besoin d'une orientation MDPH change beaucoup de choses dans l'accompagnement. C'est une nouvelle logique d'établissement. Qu'est ce qu'on va faire des gens le temps que les dossiers soient traités ? Nous à part une ou deux réunion par trimestre, on ne pourra rien faire d'autre....Alors en attendant on les envoie vers les GEM, mais eux ne passent pas à domicile, et les personnes qui s'adressent à nous ne sont pas toujours en état d'aller dans des groupes comme ça. »

Le directeur d'un service d'accompagnement prêt à s'adapter aux besoins des usagers revendique donc une adaptation de la MDPH :

« On doit vraiment former la MDPH au handicap psychique, ou alors travailler sans eux pour les orientations : donner aux médecins psychiatres le pouvoir de faire les entrées « telle personne rentre bien dans mon agrément, je la prends en charge » et la MDPH pourrait intervenir à posteriori pour valider ou non l'orientation, mais ça permettrait d'éviter ces grands temps de latence, elle est là la condition à la souplesse de la prise en charge. »

Au-delà de la réactivité se pose également la question de l'adaptabilité de l'accompagnement ou des orientations proposées à la variabilité du handicap psychique :

« Parce que le handicap psychique c'est quand même très aléatoire, un jour ils ont besoin et pas le lendemain. Tout peut bien se passer pendant un temps et un jour ils peuvent avoir besoin d'un profond accompagnement. Et on ne pourra pas se permettre de patienter le temps que le dossier soit traité. Le cadre n'est pas adapté : le jour de l'évaluation, ils peuvent ne pas venir, dire qu'ils n'ont besoin de rien... Dans l'idéal, il faut avant tout faire des progrès dans les procédures administratives : permettre des allers et retours faciles entre les établissements et la vie autonome. »

En ce sens, beaucoup de personnes rencontrées ont valorisé la décision de la MDPH d'Ile et Vilaine d'orienter systématiquement les personnes en situation de handicap psychique vers un SAVS, même si aucune demande n'est formulée. Cela permet d'intervenir dès qu'un besoin d'accompagnement se fait sentir, d'éviter le temps d'attente du au traitement des dossiers, mais également de pouvoir moduler l'intensité de l'accompagnement proposé.

2.2. QUELLES ORGANISATIONS ET RESSOURCES HUMAINES POUR LA PRISE EN CHARGE DE CE PUBLIC DANS LA CITE ?

Le passage du tout institutionnel, asilaire, à l'avènement de l'ambulatoire et de l'inscription des personnes malades mentales dans la cité constitue un changement de paradigme majeur. Les professionnels du soin psychiatrique sont amenés à évoluer sur un nouveau terrain, avec des partenaires aux cultures professionnelles multiples. L'organisation des modes d'accompagnement socio-éducatif des personnes en situation de handicap psychique reste aujourd'hui encore en construction et totalement hétéroclite.

Infirmiers, tuteurs, assistants de service social (institutionnels, territoriaux, du secteur de soin...), éducateurs, animateurs, coordinateur de GEM, auxiliaire de vie, aide ménagère... : autant d'acteurs qui sont amenés à accompagner les personnes. La co-existence de cette diversité d'intervenants représente pour les personnes un espace de liberté important, mais parfois également une source de confusion.

Alors comment travailler conjointement, de manière concertée afin de répondre au mieux aux besoins des personnes tout en évitant les doublons et les lacunes ?

Cette question se pose d'autant plus dans un contexte où de nouveaux métiers apparaissent (animateur de GEM) et où les missions d'autres professionnels sont amenées à évoluer :

« Grâce à de nombreux progrès, le fait qu'on soit aujourd'hui dans de l'ambulatoire, dans la cité, ça implique un changement de besoins. On n'a plus besoin d'infirmiers administrateurs de soins, on a besoin d'infirmiers qui changent les ampoules, qui débouchent un lavabo... »

Comme en témoigne ce professionnel socio-éducatif d'un EPSM, le changement de paradigme de la psychiatrie induit inéluctablement une évolution des besoins et donc questionne les métiers ainsi que les formations des professionnels de terrain. Infirmier, éducateur, chacun reçoit une formation spécifique qui lui permettra d'exercer son activité dans tout type de secteur. Bien que des projets soient en germe, il n'existe à l'heure actuelle aucune formation spécifique à la prise en charge de la santé mentale dans la cité. Pourtant elle implique des compétences, des connaissances particulières quant à la palette des dispositifs d'accompagnement, des acteurs intervenant et sur le développement de pratiques partenariales... Autant de lacunes révélées notamment lors de la formation et des stages croisés proposés dans le cadre du réseau précarité-santé mentale. Il convient donc afin d'améliorer la prise en charge de ce public d'adapter la formation des professionnels aux évolutions sociales, sociétales qu'entraînent l'insertion dans la cité de ce public et la reconnaissance du handicap psychique.

Dans ce même cadre, différents acteurs appellent également à une revalorisation, à un développement du champ de compétence et du recours à certains professionnels tels que les pharmaciens hospitaliers et les psychologues afin de désengorger certains circuits de soin ou de mener des actions telles que l'éducation thérapeutique.

Parallèlement à ces éléments, une réelle innovation 'organisationnelle' est en germe : celle de la **pair-aidance**. Cette nouvelle pratique, initiée au Québec, a pour objectif d'embaucher et d'intégrer des usagers stabilisés en tant que pair-aidants dans les services de soins. Différentes expérimentations menées en ce sens aux Etats-Unis, en Angleterre, en Nouvelle Zélande ont permis de constater une diminution du nombre d'hospitalisations et une évolution du sentiment d'autodétermination des usagers. Hors du discours médical, éducatif, familial, il s'agit, de pouvoir proposer aux usagers de s'appuyer sur l'expérience intrinsèque de la maladie qu'ont ces pair-aidants, experts d'expérience dans le cadre d'une démarche de rétablissement.

A la suite des GEM, le développement de la pair-aidance témoigne d'une évolution sociale et culturelle majeure. Elle consiste dans un premier temps à rendre la parole aux usagers, à leur reconnaître de par leur expérience une légitimité à comprendre et vouloir faire évoluer le système de soin. Elle implique également de la part des soignants une réévaluation de leur posture face aux usagers :

*« C'est en fait un changement de **la culture des soins** qui s'est opéré chez ces équipes, avec une attention nouvelle aux indicateurs qui favorisent ou entravent le rétablissement, donné par les usagers eux-mêmes. Les soignants ont dû abandonner une situation de toute puissance pour adopter une position plus humble mais d'avantage respectueuse des personnes. »¹⁴*

Perte de pouvoir ? D'avantage une réappropriation (avec le soutien des pairs-aidants) par les usagers de leur destinée, de leur rétablissement. Autour des concepts d'empowerment et d'autodétermination, la pair-aidance vient bouleverser la répartition des rôles en psychiatrie, elle nous permet également de mettre en lumière l'une des problématiques conceptuelles qui devra fondamentalement être prise en compte dans la construction du champ de l'accompagnement du handicap psychique : à savoir quelle place, quel rôle social dévolue-t-on aux personnes en situation de handicap psychique : patient, usager, citoyen... ?

Enfin le développement de la pair-aidance contribue à valoriser l'embauche de personnes en situation de handicap psychique et donc à lutter contre la discrimination dont elles font l'objet.

Une première formation sur la pair-aidance est proposée par l'EPSM Lille Métropole du 1^{er} au 12 décembre 2008, à destination des professionnels de terrain et des usagers des services de santé mentale afin de les sensibiliser à cette pratique et d'initier une expérience pilote dans le Nord.

¹⁴ « Résilience et engagement associatif des usagers en santé mentale. » Mémoire de troisième année du diplôme de psychiatrie clinique et thérapeutique, présenté et soutenu le 6 juillet 2006 par le Dr Patrick Le Cardinal.

2.3 LA NECESSAIRE DESTIGMATISATION

L'enquête du CCOMS « Santé mentale en population général, images et réalités » est riche d'informations sur les représentations liées à la maladie mentale en France. Sur les 36 000 personnes interrogées¹⁵, il apparaît par exemple que pour 45% d'entre elles, le fait de commettre un meurtre est associé au fait d'être « fou » et pour 30% « malade mental ». Pour 46% de l'échantillon interrogé, les auteurs de viol ou d'inceste sont « malades mentaux ». Il apparaît également une nette distinction entre le « fou », le « malade mental » et le « dépressif », qui est perçu comme quelqu'un « qui pleure souvent, qui est triste » par 87% des personnes interrogées.

Ces représentations sociales s'ancrent dans une société qui depuis longtemps associe maladie mentale et violence, comme en témoigne dans cet article, sur le dernier fait divers lié à une personne atteinte d'une maladie mentale, le Dr Hodé :

« A Marseille, une personne dangereuse présentant des troubles graves du comportement et hospitalisée pour ces raisons de façon contraignante en psychiatrie arrive à déjouer la surveillance des soignants et s'échappe. Rapidement l'alerte est donnée et l'affaire prise au sérieux. [...]On pourrait se réjouir de cette réactivité qui est souhaitable en de telles circonstances. Le problème, c'est le discours qui a accompagné cette réactivité. Le parquet de Marseille aurait indiqué à la presse (c'est elle qui le dit) qu'il s'agissait d'une personne souffrant probablement de schizophrénie. Pourquoi cette précision ? Etait-ce une divulgation utile pour le retrouver plus vite ou pour mettre en place des mesures plus appropriées ? Etait-ce un élément d'information nécessaire au public ?

Y avait-il un intérêt à énoncer ainsi le diagnostic de cette personne dangereuse ? Il serait intéressant que ceux qui ont décidé de le faire viennent s'en expliquer. Y avait-il des raisons très fortes de ne pas le faire ? Je pense que oui. L'association de schizophrénie et de dangerosité est fortement ancrée dans les préjugés de la population alors que cette association est très excessive. Bien sur, on trouve une proportion élevée de personnes souffrant de schizophrénie en prison (10% de la population carcérale), mais c'est souvent lié à un diagnostic trop tardif et à l'absence d'un traitement adéquat qui a amené ces personnes à commettre des actes délictueux graves, mais rarement criminels. Une meilleure prévention psychiatrique les aurait, pour une bonne part, évités. Les malades à la fois souffrant de schizophrénie et dangereux sont une minorité. Une étude publiée en 2006 montre que seulement 4% des malades souffrant de schizophrénie ont eu des comportements violents dans les 6 mois qui précèdent. Souvent ces comportements sont liés à l'absence de traitement. D'un autre côté, la majorité des personnes violentes ne souffrent pas de schizophrénie. Enfin les risques d'être tué par un malade souffrant de schizophrénie sont voisins de ceux d'être tué par la foudre.

En communiquant aussi maladroitement le diagnostic du malade de Marseille, on a renforcé une croyance fausse. Il suffit pour s'en convaincre de voir comment tous les médias se sont gargarisés du terme « schizophrène-dangereux », et comment les commentaires des lecteurs sur les sites internet des journaux ont reflété cela. Pendant ce temps, de très nombreux malades, souffrant aussi de schizophrénie mais aucunement violents, aucunement dangereux, sans plus de risques de le devenir que n'importe quel quidam, se posent des questions sur cette société qui les rejette, sur cette presse qui a tant de mal à parler d'eux autrement que dans les faits divers. Faut-il être honteux d'avoir un diagnostic de schizophrénie ? ...»

La stigmatisation des malades mentaux : un triste Noël 2008

Dr Yann Hodé, Psychiatre praticien Hospitalier, Président de la délégation UNAFAM Haut-Rhin.

¹⁵ Il s'agit pour les personnes interrogées d'associer les termes « fou », « malade mental », « dépressif » ou « aucun des trois » à des comportements ou conduites censées être ceux des personnes souffrant de troubles mentaux.

Les personnes atteintes d'une maladie mentale seraient par ailleurs d'avantage victimes. Une étude américaine¹⁶, menée auprès de 172 personnes souffrant de schizophrénie et vivant en dehors de l'hôpital met en effet en avant le fait que *« la gravité des symptômes était prédictive de victimisation et qu'au total, le taux de victimisation des personnes souffrant de schizophrénie et vivant dans la cité dépasse de 65% à 130% le taux trouvé dans la population générale »*.

Au-delà de la question même de la stigmatisation, le poids de ce regard porté sur la maladie mentale présente des conséquences importantes, qui peuvent nuire au suivi même des personnes. A l'annonce d'un diagnostic, le déni est chose courante, comment accepter sa maladie ou celle d'un proche lorsque les représentations sociale de la maladie mentale nous renvoi aux images de violences, de drame régulièrement relayées par les médias ?

L'ampleur de la stigmatisation de ces maladies impose donc une réflexion sur l'accompagnement des personnes et des familles face à l'annonce de la maladie et dans l'évolution de leurs représentations.

D'autant que les familles doivent bien souvent par la suite faire face à des réactions de leur entourage culpabilisantes, car malgré les avancées de la recherche fondamentale, le contexte familial reste pour de nombreuses personnes l'une des causes de la maladie, comme en témoigne cette mère :

« Combien de fois on m'a dit 'mais qu'est ce que vous lui avez fait, quel traumatisme il a eu enfant pour devenir comme ça ?' En tant que famille, on sent le poids des regards, même dans notre famille élargie. Pour beaucoup si la personne est malade, c'est que la famille était malade. »

Par ailleurs, la stigmatisation des personnes est en elle même pathogène. Par la souffrance qu'elle produit, elle peut induire une aggravation de certains troubles :

« Dans notre famille, les oncles, les tantes,..., on l'a bien vu, au début ils avaient peur de mon fils, ils ne comprenaient pas, ils avaient peur qu'ils soient violent, ils ne laissaient jamais leurs enfants seuls avec lui. Mais ce qui était terrible, c'est que mon fils, comme beaucoup d'autres personnes malades a un sens aigue des relations humaines, il se sentait diminué, ça lui faisait beaucoup de mal. Au fil du temps, la famille a compris, elle a été rassurée et c'est ouverte à X : elle était plus à l'aise et X aussi. On voit bien que quand il y a une connaissance de la maladie et donc moins de peur et de rejet de l'entourage, il peut y avoir une dynamique de progrès pour la personne. »

La déstigmatisation des personnes en situation de handicap psychique est un élément indispensable à leur insertion dans la société, à la reconnaissance de leur citoyenneté. Différents outils existent, une campagne de sensibilisation et de lutte contre les discriminations a été lancée fin 2006 sur la base de clips et d'affiches :

¹⁶ (Brekke, Prindle, Bae, 2001). Commission "Violence et santé mentale" : Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 - Rapport de Anne LOVELL - Mars 2005



Depuis 1990, une semaine d'information sur la santé mentale (SISM) permet également d'ouvrir le débat et de faire évoluer le regard porté sur les personnes atteintes de maladie mentale. Ses objectifs :

- « Convier aux réunions un public qui n'est pas habituellement sensibilisé aux questions de Santé mentale, dans un double but de pédagogie et de dédramatisation.
- Informer, à partir du thème annuel, sur les différentes approches de la Santé mentale.
- Rassembler par cet effort de communication, acteurs et spectateurs des manifestations, professionnels et usagers de la Santé mentale.
- Aider au développement des réseaux de solidarité, de réflexion et de soin en Santé mentale.
- Faire connaître les lieux, les moyens et les personnes pouvant apporter un soutien ou une information de proximité. »

Un collectif régional, réunissant des représentants d'EPSM, d'association d'usagers, de famille et gestionnaires d'établissement, des GEM, prépare dès à présent la prochaine semaine qui se déroulera du 16 au 22 mars sur le thème : « En parler tôt pour en parler à temps. »

Différents projets sont déjà en germe : participation à des émissions de radio, organisation de journées portes ouvertes dans les lieux de soins, organisation d'événements et de débats dans des lieux publics. Certaines zones du territoire régional se mobilisent moins que d'autres, mais l'association de ces différents acteurs permet de mettre sur pieds, de manière concertée, des événements cohérents, et de mutualiser des moyens logistiques et les réseaux.

2.4 LE NOUVEAU ROLE DES ELUS LOCAUX

Que se soit par le biais de leurs services d'action sociale, leurs missions en termes de sécurité publique ou un investissement particulier dans le champ de la santé, les municipalités représentent aujourd'hui un acteur incontournable dans la prise en charge des problématiques liées au handicap psychique ou à la maladie mentale. Au-delà de leurs compétences propres ou investies, elles ont 5 grandes fonctions spécifiques qu'elles peuvent mettre en œuvre dans le champ de la santé mentale :

- « Une fonction de **régulation** : responsabilité de l' élu local de par sa participation aux instances de planification, de gestion des services publics et également son engagement dans le processus d'hospitalisation sous contrainte.
- Une fonction d'**interpellation** : face aux besoins de santé mentale de la population, l' élu en appelle aux autorités publiques compétentes en matière économique, sociale et sanitaires.
- Une fonction de **convocation** : l' élu a le pouvoir d'inviter les acteurs des différentes institutions et champs d'activités concernés par une situation, invitation renforcée de part la légitimité de l' élu.
- Une fonction de **médiation** : par son autorité morale et politique, l' élu local est souvent amené à jouer un rôle de médiation sociale, institutionnelle voire familial ou communautaire
- Une fonction d'**élaboration** : par l' écoute, l' orientation et le conseil, les élus locaux travaillent le sens social de ces questions en aménageant des espaces d'élaboration psychosociales utiles au maintien de la cohésion sociale locale. »¹⁷
-

Des compétences, des fonctions, mais également des outils :

- Les **Ateliers Santé Ville (ASV)** :
« L'Atelier Santé Ville (ASV) est défini comme le point de convergence de deux politiques, fondé à partir du volet santé de la politique de la ville et du volet santé de la loi contre les exclusions. Il est le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets de santé publique, faisant l'interface entre les élus des villes et la politique de santé de l'Etat. Il a, entre autres missions, la charge de décliner les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins dans le cadre des Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP/PRAPS).

L'ASV est un outil de coproduction de projets locaux de santé publique et de déclinaison territoriale de la politique de santé publique, contractualisé entre l'Etat et le Maire. Il est représenté par une équipe d'élus de la commune ou de l'agglomération, de directeurs de services communaux concernés, de chefs de projet politique de la ville et du coordinateur. »¹⁸

Lancés en 2001, ces ateliers représentent une entité partenariale pertinente pour la définition d'une politique locale de prise en charge de la santé mentale. Le Conseil National des Villes, dans un avis du 26/09/07 écrit :

« Les politiques de santé mentale et de psychiatrie tentent de s'enraciner depuis 1960 dans le territoire du secteur. La prévention des troubles psychiques est l'affaire de tous, habitants, usagers, familles, élus, professionnels sanitaires et sociaux, autres privés en psychiatrie et les équipes de psychiatrie publique adulte et enfant qui sont le pilier de la politique de santé dans le domaine.

¹⁷ Fonctions Spécifiques des élus locaux en matière de santé mentale, Fernando BERTOLOTTO, In Rhizome, n°24, octobre 2006

¹⁸ DIV-Direction générale de la Santé (DGS) - Le programme santé des CUCS – novembre 2006

Les Ateliers Santé-Ville sont le lieu de convergence des professionnels, usagers concernés.

Les enquêtes en santé mentale montrent que les usagers vont voir préférentiellement en premier en cas de problème leur médecin traitant et en parlent à leur entourage et à leur famille.

De plus, les maladies psychiques au long cours nécessitent un travail adapté, un suivi en logement thérapeutique, un accès à la culture, dont l'offre est essentiellement insérée dans les villes. En conséquence, la plate-forme de concertation la plus adéquate pour ces actions est l'Atelier Santé-Ville qui peut devenir le conseil de santé mentale de la ville, voire du secteur. Il possède la dynamique nécessaire pour cette ambition. Il peut permettre l'application locale municipale, au niveau des quartiers et des territoires du plan national santé. »

- **Le réseau ville-santé OMS :** ce réseau réunit 65 villes françaises et une communauté d'agglomération autour de la doctrine de l'OMS « Santé pour tous », des principes de promotion de la santé tels qu'ils sont définis dans la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et d'une vision dynamique et globale de la santé. *« Le Programme Villes-Santé propose donc aux villes considérées comme des organismes vivants, de décider d'agir pour améliorer leur santé et celle de leurs habitants, en envisageant l'environnement comme une ressource fondamentale à protéger et à enrichir de manière solidaire, dans une perspective aussi bien locale que mondiale. »*

A l'heure actuelle, 9 villes de la région sont membres du réseau:
Lille, Calais, Wasquehal, Villeneuve d'Ascq, Dunkerque, Grande Synthe, Le Portel, Lomme, Roubaix. Elles ont donc été amenées à développer des projets dans ce champ de compétence. Bien évidemment, tous ne portent pas sur la santé mentale, mais du fait des caractéristiques de la population, cette thématique est fréquemment abordée.

- **Les plans locaux d'habitat :** ces outils de planification représentent des leviers importants pour le logement des personnes en situation de handicap. Le plan local d'habitat adopté en 2005 par la Communauté urbaine de Lille comporte par exemple un axe « Assurer une réponse équilibrée des territoires aux besoins en hébergements et en logements spécifiques. » qui propose :
- De promouvoir une offre adaptée aux besoins des populations spécifiques (personnes vieillissantes et handicapées)
 - De contribuer à la sortie des dispositifs d'hébergement, à travers la création de logement passerelles notamment. Le public en situation de handicap psychique est par ailleurs bien identifié dans ce PLH : *« La saturation des structures d'hébergement est en partie liée à la présence de publics pour qui l'hébergement n'est pas ou plus une solution adaptée (difficultés de logement sans besoin particulier en matière d'accompagnement social, besoins très spécifiques que les structures d'hébergement ne peuvent prendre en charge, de type psychiatrique par exemple...). La "réorientation" de ces populations est à étudier dans un cadre partenarial permettant un chaînage des solutions visant la recherche d'une réponse plus appropriée (autres structures d'hébergement, logement temporaire, logement autonome le cas échéant). »*¹⁹

¹⁹ Plan local d'habitat LMCU 2005

➤ **La formation du personnel municipal**

De part leurs services d'action sociale entre autre, les municipalités sont confrontées de manière régulière à la souffrance ou au handicap psychique. Afin d'accompagner les agents municipaux, ou associatifs en première ligne dans l'accueil de ce public (dans les CCASS, les centres sociaux...), certaines villes comme Lille ont initié des actions de sensibilisation de son personnel. En 2008, la ville de Lille a organisé 7 sessions de formations, intitulées « *Comment mieux appréhender les pathologies psychiatriques* », qui ont réunies au total 140 professionnels des CCASS, des centres sociaux, des mairies de quartiers. La formation a été animée par le Dr Wizla et le coordinateur du réseau santé solidarité et s'est réalisée en lien avec le CLSPD²⁰.

L'UNCCAS a par ailleurs participé à la création d'un guide à destination des équipes afin de leur apporter des éléments de compréhension du handicap psychique et de les aider dans l'accompagnement de ce public. Dans un avant propos, Patrick Kanner, président de l'UNCCAS indique :

« L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique appellent une mobilisation à la fois des professionnels, des bénévoles, des aidants familiaux mais aussi des élus locaux. Une première étape, primordiale, consiste à mieux connaître, pour mieux les appréhender, les diverses manifestations des troubles psychiques afin d'y répondre de manière durable et adaptée. »

Dans ce cadre, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale ont un rôle à jouer en lien avec leur mission de proximité, d'écoute et d'orientation des habitants, quelle que soit leur situation, quel que soit leur handicap. L'enjeu est de lutter contre l'isolement social et le repli sur soi de ces personnes mais aussi de soutenir leurs familles et leurs proches et enfin de réunir les conditions d'un environnement favorable à leur autonomie. »

Ce guide pratique intitulé : « **L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique** » auquel ont participé l'UNAFAM, la CNSA, l'UNA et l'UNCCAS est disponible sur internet par le biais du site de l'UNCCAS : <http://www.unccas.org/publications/handicap-psychique.asp>

- **Des pouvoirs en matière d'hospitalisation d'office**, attribués par l'article L3213-2 du code de la santé publique, inséré par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 : « *En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures. »*

« En pratique, il y a à peu près 11 000 hospitalisations d'office par an, près de 70% sont précédés d'une mesure municipale provisoire. [...] Pour préciser un peu plus, il faut savoir que 90% des mesures municipales sont confirmées par le préfet. Cela donne encore plus de poids à cette question du pouvoir du maire. »²¹

²⁰ Conseil Local Sécurité et Prévention de la Délinquance

²¹ « Le pouvoir des maires en matière d'hospitalisation d'office » Pauline RHENTER, IN Le maire et le Psychiatre : ensemble pour la santé mentale, Actes de la journée d'étude de Grenoble 13 mars 2007.

Dans le département du Nord, 254 hospitalisations d'office ont été prononcées en 2007, dont 126 à la suite d'un arrêté municipal provisoire. Par ce biais, les maires peuvent donc être amenés à jouer un rôle important dans la prise en charge des personnes souffrant de maladie mentale. Face à cet état de fait, certains secteurs ont su développer des partenariats avec les élus en amont de ces hospitalisations d'office, afin d'échanger sur leurs motifs et sur leur pertinence et si possible de les éviter en définissant des modalités d'intervention alternatives. Le secteur 59G21 ainsi les secteurs du Cambrésis s'inscrivent dans cette démarche.

- Les **Comités Locaux de santé Mentale** : ce dispositif n'est pas réglementé par un cadre légal mais fortement encouragé dans le cadre du plan santé Mentale 2005-2008 « *Incitation au développement d'instances de concertation de proximité : conseils de secteurs sous le pilotage des psychiatres responsables, conseils locaux de santé mentale au niveau communal, intercommunal ou d'une agglomération. Ces instances contribuent, notamment par l'appréhension de situations individuelles à faire émerger, au niveau local, un diagnostic partagé sur les besoins et l'état de l'offre ainsi que sur les évolutions souhaitables, sur le plan sanitaire mais également social, médico-social, éducatif, judiciaire. Elles permettent également aux élus d'appréhender les actions nécessaires à la reconnaissance et à l'exercice de la citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiques.* »²²

De nombreuses villes ont développé ce dispositif sous diverses formes et avec des modalités de fonctionnement hétérogènes. Ils présente l'intérêt de réunir l'ensemble des acteurs locaux intervenant de façon directe ou indirecte auprès des personnes souffrant de maladie mentale : équipes de soins, municipalités, bailleurs, police.... Le dispositif régional le plus proche du CLSM est l'AMPS, créée en 1997 dans le secteur 59G21 sous l'impulsion du Dr Roelandt. Cette association présidée par un élu local regroupe un élu de chacune des communes du secteur, les équipes de psychiatrie, des représentants d'usagers, de familles, des curateurs, les services sociaux, des offices HLM, des structures culturelles, des artistes, des citoyens. Elle gère l'accès des patients aux dispositifs de logement et de travail et contribue par le biais de différentes actions à la promotion de la santé mentale et à la destigmatisation de la maladie mentale.

La ville de Lille, sous l'impulsion du CCOMS pour la formation et la recherche en santé mentale, mène actuellement une réflexion sur la création d'un tel conseil.

- Enfin, les municipalités peuvent soutenir les **Groupes d'Entraide Mutuelle** présents sur leur territoire par le biais d'une aide financière ou logistique, et œuvrer à leur insertion dans le tissu associatif local.



²² Plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008, p 38

PARTIE III : LORSQUE LE HANDICAP PSYCHIQUE SE CUMULE A D'AUTRES DIFFICULTES...

3.1 Handicap psychique et incarcération

3.2 Handicap psychique et déficience intellectuelle

**3.3 Handicap psychique, précarité et exclusion : vers une
recomposition du champ de prise en charge**

33 a De nouveaux acteurs

33 b De nouveaux outils

3.1 HANDICAP PSYCHIQUE ET INCARCERATION

Les prisons françaises comptent un nombre croissant de personnes souffrant de troubles ou de maladies mentales dans ses cellules. Au-delà du débat éthique que cela sous tend, et qui ne pourra pas être abordé ici, ce constat nous pousse à analyser les modalités de prises en charge et les dispositifs de coordination autour de ce public en situation de handicap psychique incarcéré. Les professionnels du SMPR²³ de la Maison d'Arrêt de Sequedin rencontrés témoignent des principaux troubles ou maladies présentes en détention :

« Ici on retrouve beaucoup de personnes avec des troubles anxieux qui peuvent décompenser, c'est souvent une réaction à l'incarcération, ça peut également se transformer en dépression avec passage à l'acte. On a beaucoup d'état limites, de borderline, beaucoup de psychotiques mais assez peu de schizophrénie. Il y a beaucoup de pervers mais très peu de psychopathes purs, plutôt des traits psychopathiques. Près de 80% des détenus ont des problèmes de toxicomanie ou d'addiction. Donc au final 80% des détenus présentent des troubles psychiques. »
« Les délits qui conduisent ces personnes en maison d'arrêt c'est des petits délits (vol, situation de non sens), de la violence dans la cadre de délires, des tentatives de meurtre ou des meurtres mais c'est très rare. »

La prise en charge sanitaire de ce public repose sur les mêmes règles que le suivi en psychiatrie dans la société. Les détenus sont libres de se faire suivre par le SMPR. Même une personne qui comprend dans sa peine une obligation de soin ne se voit pas contrainte de suivre un traitement ou une thérapie lors de sa détention. Cette obligation de soin prenant effet à sa sortie.

Le seul moyen de prendre en charge un patient en décompensation qui refuse les soins est l'HO. Une unité d'hospitalisation existe au SMPR de la prison de Loos mais pour des hospitalisations libres. Un autre service a été bâti à la maison d'arrêt de Sequedin pour les femmes, mais il ne fonctionne pas faute de moyens. Les HO se réalisent donc dans les EPSM ou hôpitaux généraux, selon la décision du préfet. Mais les professionnels dénoncent dans ce cadre de fréquentes situations de maltraitance des personnes.

« Les personnes passent leurs journées sanglées au lit, on leur interdit de fumer pour éviter les évasions, ils n'ont le droit à aucun contact et sont à peine vues par le psychiatre. »²⁴

Comme le confirme un membre de l'administration :

« Les détenus peuvent être soignés au SMPR quand ils sont volontaires, après pour des soins plus importants il faut passer par des HO. Mais les équipes de soin sont réticentes, il n'y a pas de gardien ni de policier, ça a déjà débouché sur des situations de maltraitance. »

Les équipes du SMPR ont un double rôle médical et social, elles interviennent donc dans le travail de préparation à la sortie. Dans ce cadre elles témoignent d'un ensemble de facteurs problématiques qui complexifient la réinsertion ou la prise en charge sanitaire des personnes :

²³ Service Médico Psychiatrique Régional

²⁴ L'ensemble des citations de ce chapitre proviennent des professionnels du SMPR de la maison d'arrêt de Sequedin.

➤ **Des contraintes administratives**

« Le RMI se poursuit juste 2 mois après l'incarcération. Par contre, les Assedic ne sont pas versées quand on est ici, parfois des droits accumulés durant des années de travail s'annulent du fait de l'incarcération.

Au niveau des APL, les droits sont maintenus pendant 1 an si la personne paye sa part au propriétaire. Il y a des fraudes à ce niveau là mais à la rigueur, il vaut toujours mieux que la personne ai un logement à sa sortie.

Là où il y a de grosses incohérences, c'est qu'on ne peut pas préparer les dossiers RMI avant la libération, il y a donc un délai durant lequel la personne n'a aucun revenus. On s'appuie alors sur les fonds d'aide d'urgence, mais c'est assez aléatoire. C'est un système aberrant, il faut savoir : on veut prévenir la récidive ou non ? Quelqu'un qui va avoir besoin de fumer, de manger sans en avoir les moyens, il va voler... »

➤ **Un accès complexes vers les structures sociales, médico-sociales**

« L'isolement carcéral renforce la complexité d'accès aux structures, par exemple, ici on n'a pas de relais vers les appartements thérapeutiques : il faut passer par l'EPSM... avec les CHRS aussi c'est compliqué. Par exemple Agora²⁵, on les contacte quand une personne de chez eux arrive ici ou quand on veut monter un dossier chez eux, mais on se retrouve face à deux difficultés : la liste d'attente et la visite de pré admission : pour pouvoir la faire il faut que la personne soit permissionnable. Les postcures, les foyers, les CHRS doivent adapter leur modalités d'admission et comprendre que les détenus ne peuvent pas se déplacer pour les rendez vous de pré admission. Les entretiens téléphoniques aussi sont interdits. »

➤ **Le manque de structures adaptées**

« On a ici un public pour qui il n'existe pas de lieu adapté. Par exemple, on a eu un jeune de 20 ans incarcéré pour attouchements sur mineur, on lui a fait passer un teste de QI, il était dans la fourchette basse mais ne présentait pas de handicap mental. Malgré ses 20 ans, il avait un fonctionnement de gamin. Il avait bien compris que ce n'était pas bien de toucher une fille qui ne le voulait pas, mais pour lui ce n'était pas plus grave que de manger du chocolat avant de passer à table. C'est un gamin qui a besoin de quelque chose de beaucoup plus cadré. Il faudrait pour lui quelque chose d'adapté, entre l'HP et le CHRS.

Mais c'est des personnes qui n'ont rien à faire ici. La prison n'est pas un lieu adapté mais je ne connais pas d'autre structure existante à même de prendre en charge ce public. On a des gens ici qui ne posent aucun problèmes parce qu'ils sont cadrés, mais une fois dehors, ils font n'importe quoi... »

« C'est un public qui cumule les difficultés (troubles psy, alcool, drogue, polytoxicomanie) et dans des cas comme ça chacun se renvoi la balle. Les personnes ont beaucoup de mal à entrer dans les cases et donc dans les structures. On les oriente vers des choses qui ne sont pas forcément adaptées ni nécessaires. On a par exemple des personnes qui en effet consomment de la drogue mais pour qui ce n'est pas le problème majeur. Il manque des postcures pour des problèmes psychiques ou psychiatriques généralistes, pas spécialisées alcool ou drogue... »

²⁵ CHRS roubaisien spécialisé dans l'accueil de personnes présentant des troubles psychiques

➤ **Un accès aux soins et un partenariat avec les équipes des secteurs de psychiatrie parfois difficile**

« On a l'exemple d'un homme qui vit dans le sud de la France, mais dès qu'il revient dans le Nord voir sa famille, ça déraile et il arrive ici. Il a souvent été hospitalisé. Un jour il va à l'hôpital, explique qu'il se sent mal, qu'il aurait besoin d'être hospitalisé. On lui répond ' y a pas de problèmes, repassez dans 3 semaines'. Il a commis un délit pour revenir ici, parce qu'il savait qu'il y aurait du soin. »

« On a beaucoup de difficultés à travailler avec les CMP, ils sont sectorisés ce qui pose problème quand le patient est SDF. L'orientation vers un CMP se fait soit en fonction de l'adresse antérieure du détenu soit en fonction de son futur lieu d'hébergement : on doit faire pour que la personne ait un accès plus simple au CMP.

Mais il y a trop de CMP pour qu'on entretienne des partenariats avec chacun.

Après il y a le problème des listes d'attentes : on essaye de prévoir les rendez vous avant la sortie, mais c'est délicat quand on nous dit qu'il n'y a pas de rendez vous possible avant 3 mois surtout quand on sait que la récidive en général, en terme de délit ou de rechute dans la consommation de drogue, se fait dans la 1^{ère} semaine après la sortie. »

« Dans l'idéal il faudrait donner plus de moyens aux CMP : on a des personnes qui devraient être suivies toutes les semaines, mais les CMP ne peuvent pas assurer ce rythme et en plus avec des troubles psychiques, les gens loupent parfois les rendez-vous et alors là c'est foutu. Il faudrait donc des structures plus souples. »

3.2 HANDICAP PSYCHIQUE ET DEFICIENCE INTELLECTUELLE

De très nombreuses personnes ressources rencontrées témoignent de l'importance du nombre de personnes cumulant troubles ou maladie mentale et déficience intellectuelle. Ces personnes de part leur double handicap restent bien souvent à la marge des établissements médico-sociaux. Un certain nombre d'entre elles reste hospitalisé en psychiatrie faute de mieux. Une étude sur les hospitalisations inadéquates, réalisée par un groupe de travail de l'Office Franco-Belge de la Santé indique par exemple qu'au 30 juin 2007 243 personnes présentant un handicap mental et/ou psychique et bénéficiant d'orientations MDPH vers des structures médico-sociales, sont actuellement hospitalisées au long cours en psychiatrie faute de places disponibles. Elles se répartissent ainsi :

- 75 personnes en attente d'une place en MAS
- 62 en attente d'une place en FAM
- 85 en attente d'une place en foyer occupationnel
- 21 en attente d'une place en ESAT

Lorsqu'il se cumule au handicap mental, le handicap psychique, considéré comme un trouble associé, devient bien souvent une contre indication d'admission dans de nombreux établissements médico-sociaux. Heureusement, des efforts sont réalisés comme en témoigne ce représentant de l'UDAPEI :

« On commence à faire dans la dentelle, dans les établissements on reconnaît et transforme un certain nombre de places spécifiquement pour ce public, on adapte également les organigrammes. On se rapproche de l'UNAFAM pour apprendre à mieux se connaître, ou encore du centre de ressource sur l'autisme. [...] il y a aussi du travail en partenariat avec les secteurs de psychiatrie qui se développe : on peut avoir besoin de leur éclairage et nous de notre côté on peut être un relais pour leurs patients. »

Des établissements se développent également afin de pouvoir prendre en charge ce public à la marge de tout autre dispositif. On peut par exemple citer le FAM « Les piérides » à Linselles, ouvert en septembre 2006 qui accueille « des adultes associant à une déficience intellectuelle des handicaps multiples d'ordre sensoriel, relationnel, psychiatrique stabilisé ou autres troubles nécessitant un suivi médical et/ou paramédical constant dont les capacités résiduelles de vigilance, de communication et de déplacement permettent une inscription dans un projet dynamique ».

Il n'est donc pas en soi un établissement spécialisé dans l'accueil de personnes en situation de handicap psychique et mental, mais est repéré ainsi sur le territoire régional.

Sur l'ensemble de son effectif (33 places d'hébergement dont 2 temporaires + 7 places d'accueil de jour dont 2 temporaires), 50% des usagers bénéficient au moins d'un suivi CMP, beaucoup d'entre eux présentent un long passé en psychiatrie.

Cette structure est née d'une réflexion commune entre l'APEI et le secteur 59G18 au début des années 2000 qui a été formalisée par le biais d'une convention qui aujourd'hui fonctionne bien et permet :

- une mise à disposition de 4 places en accueil à temps complet et de 2 places en accueil de jour pour des usagers issus du secteur de psychiatrie
- un passage régulier dans la structure d'infirmiers du secteur de psychiatrie
- une simplification des procédures d'hospitalisation
- la réalisation de synthèses en commun

Au fil du temps cette coopération s'est étendue au secteur 59G16.

Avec une liste d'attente de 55 personnes, il apparaît clairement que ce type de structure répond à un réel besoin de prise en charge auquel il s'agit aujourd'hui de répondre.

La question de ce public qui n'entre dans aucune case prédéfinie de la prise en charge sanitaire et médico-sociale est fondamentale et mérite d'être investie plus en profondeur.

3.3 HANDICAP PSYCHIQUE, PRECARITE ET EXCLUSION : VERS UNE RECOMPOSITION DU CHAMP DE PRISE EN CHARGE

La question des maladies et troubles mentaux est l'une des questions majeure posée aujourd'hui par les acteurs de la lutte contre l'exclusion. Déjà en 1996, une étude²⁶ menée auprès des sans domicile fixe à Paris avait révélé que 29% d'entre eux souffraient ou avaient souffert de troubles psychiatriques au cours de l'année écoulée.

Plus localement, en 2007, 39% des personnes accueillies à l'Hôtel social de l'ABEJ souffraient de problématiques neurologiques, psychiques et/ou psychiatriques nécessitant une prise en charge lourde.

Parmi ce public, on peut distinguer :

- Les personnes souffrant de maladie mentale
- Les personnes en situation d'extrême précarité dont les conditions de vie viennent fragiliser leur santé mentale et générer des souffrances ou des troubles psychiques ou neurologiques graves (syndrome de Korsakoff).

L'existence à la rue ne crée pas en soi de maladie mentale, mais engendre cependant des facteurs et un cercle pathogène pouvant conduire à des troubles psychiques majeurs. Le Dr Mercurel (responsable du Département Psychiatrie et précarité à l'hôpital Sainte Anne à Paris) décrit ce processus sous la forme de différentes phases²⁷ :

- Une phase de décrochage des repères sociaux habituels, qui peut durer entre 4 et 6 mois. Durant celle-ci, la réalité reste acceptable, les personnes font face, poursuivent leur recherche d'emploi, tentent d'entretenir leur réseau amical. Mais peu à peu un sentiment de désillusion apparaît, une perte d'idéal, d'espoir et un glissement social s'amorce.
- Une phase « d'assistance acceptée » : la personne ne parvient plus à subvenir à ses besoins vitaux. Des sentiments de solitude et d'ennui se développent, comme les conduites addictives. Certaines pathologies chroniques se compliquent du fait de l'absence de traitement.
- Une phase d'errance marquée par la polytoxicomanie (qui atténue les angoisses), la détresse morale, la passivité anxiogène et des passages à l'acte suicidaire. Les personnes sont amenées à développer des stratégies de survie autour de l'échange et de la vente de psychotropes.
- Une phase d'installation où les représentations sociales se modifient et s'altèrent, le rapport à la santé n'existe qu'à travers l'urgence : « *Plus les gens sont désocialisés, plus ils sont dans l'urgence, ils ne cherchent pas de solution au long cours, le long cours c'est quelque chose qui est fantasmé, mais qui n'existe pas. Ils veulent des solutions à la seconde.* »²⁸ Les troubles psychiatriques « en négatif » se développent : absence de demande de soins, absence de la perception de la souffrance, mythomanie de survie, agnosie, négligence, les positions psychologiques deviennent enkystées et résistantes.

Parallèlement à ces conséquences de l'exclusion viennent s'ajouter les effets psychiques de l'extrême violence à laquelle sont confrontées les personnes vivant à la rue et des stratégies de survie qu'elles mettent en place. Stress post traumatique, conséquences neurologiques des tentatives de suicide,

²⁶ JOLY Pierre, Rapport pour le Conseil Economique et Social sur *Prévention et soins des maladies mentales – bilan et perspectives*, 1997

²⁷ Conférence dans le cadre du séminaire « Logement et handicap psychique », Paris, 6 et 7 octobre 2008.

²⁸ Dr Debiève, dispositif DIOGENE

des toxicomanies et de l'alcoolisme : autant de facteurs qui viennent fragiliser d'avantage ce public vulnérable et complexifier ses modalités de prise en charge.

33 a. De nouveaux acteurs

Face cette évolution du nombre de personnes souffrant de handicap psychique à la rue, les associations, structures et professionnels de l'accompagnement des personnes en grande précarité sont aujourd'hui démunies. Confrontés aux limites de leurs prises en charge traditionnelles, ils n'ont d'autre choix que de développer des réponses alternatives ou des réseaux de partenariat permettant d'améliorer la prise en charge de ce public, comme en témoigne cette professionnelle :

« De par leur parcours, les personnes entrent dans une certaine passivité, au final, se sont nous, les établissements, qui sont en demande de solutions plus dignes pour elles. »

Ces nouveaux acteurs, dans le champ de la maladie mentale, viennent bouleverser le paysage institutionnel de la prise en charge du handicap psychique et impulser des dynamiques importantes :

- La FNARS²⁹ est à l'initiative de la commission Habitat et Santé mentale de la LMCU ainsi que du développement des réseaux précarité- santé mentale
- L'ABEJ porte différents projets de structures qui viennent d'être validés par le CROSMS mais sont actuellement en suspens faute de financement : un projet de FAM et de SAMSAH.

33 b. De nouveaux outils

• Les équipes mobiles psychiatriques santé mentale et précarité

Au delà de la création de dispositifs ou structures particulières, la participation de ces nouveaux acteurs dans la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique implique le développement de partenariats avec les équipes psychiatriques des secteurs. D'une part pour accompagner les professionnels des structures d'accueil ou d'hébergement dans la compréhension des troubles et maladies et dans l'adaptation de leurs pratiques, mais également pour pouvoir orienter les personnes dans des circuits de soin. L'organisation sectorisée, territoriale des soins rend en effet difficile l'accès au soin des personnes sans domicile fixe.

Ces partenariats peuvent être formalisés sous la forme d'équipe mobile de psychiatrie précarité et santé mentale. Il existe 4 équipes dans la région :

- Diogène sur la métropole lilloise
- La Ravaude sur Tourcoing et Roubaix
- Le Cheval Bleu dans le bassin minier
- Rimbault à Valenciennes

Une cinquième équipe verra le jour le 1^{er} janvier 2009 à Cambrai.

En ce qui concerne l'équipe **Diogène**, il s'agit d'une mutualisation de moyens humains (mi-temps infirmiers et de psychiatre) des 8 secteurs de psychiatrie qui couvrent la ville de Lille. L'équipe dépend de l'EPSM de l'Agglomération Lilloise, l'EPSM Lille Métropole et du CHR de Lille et n'a donc pas d'entité juridique propre. Elle assure des permanences dans 31 établissements sociaux, avec avant tout un rôle d'interface, comme en témoigne le psychiatre de l'équipe :

« Notre équipe n'a pas vocation à être un système d'exclusion pour les exclus. Notre rôle est de faire en sorte que la personne puisse être prise en charge dans des dispositifs de droits commun. On intervient en 1^{ère} ligne pour l'orientation, l'insertion dans un service de soin. On ne devrait pas faire de prise en charge directe, mais pour certaines personnes qui n'arrivent pas à s'adapter au système de soin il arrive qu'on le fasse. Par exemple un homme qui n'arrive pas à aller au

²⁹ Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale

CMP qui rate tous ses rendez-vous, on le suit dans son foyer, mais ce n'est pas notre but premier. »

L'orientation des personnes vers des secteurs de psychiatrie dépendra de leur situation :

- Les personnes ayant un domicile seront suivies par le CMP de leur secteur, avec un travail de partenariat avec le CCASS au besoin
- Les personnes hébergées en CHRS dépendent d'une organisation spécifique : chaque CHRS étant rattaché à un secteur prédéfini qui ne correspond pas forcément au découpage territorial
- Les personnes en errance seront orientées en fonction de leur date de naissance, indépendamment du principe de sectorisation (les personnes nées entre le 1^{er} janvier et le 15 février seront rattachées au secteur 59G08, entre le 16 février et le 31 mars vers le secteur 59G11...)

Sur la métropole Lilloise, l'équipe de Diogène est majoritairement confronté à des personnes présentant des démences, de l'altération intellectuelle, des syndromes de korsakoff, des troubles psychotiques chroniques (schizophrénie positive : paranoïde, facilement repérable et négative caractérisée par l'apragmatisme), des troubles psychopathologiques, des conduites addictives (dont les conséquences en cas de consommation au long cours peuvent être handicapantes).

• Les réseaux précarité-santé mentale

Ces réseaux sont nés de la convergence de différents besoins :

- Besoins de « soutien » des professionnels du champ de la précarité face aux troubles et maladies mentales des personnes prises en charge
- Besoin de relais des équipes de psychiatrie lors des sorties d'hospitalisation

Ces deux groupes d'acteurs, issus des champs de la santé mentale et de la précarité, aux cultures et langages différents présentaient des ressources, des outils et des connaissances potentiellement complémentaires sur ce public, mais n'avaient pas l'habitude de travailler conjointement, coexistaient dans une « méconnaissance mutuelle ».

Suite aux remontées des acteurs de terrain, notamment de la FNARS, et conformément aux orientations du PRAPS 1999-2004 et du SROS 1999-2006, les organismes de tutelle: DDASS, ARH, CG ont souhaité impulser en 2003 une dynamique de travail en partenariat par le biais d'une formation-action. Dans un premier temps, les acteurs ont reçu une formation théorique et ont pu bénéficier de stages croisés au sein de leurs différents établissements. Puis sur chaque territoire un binôme, regroupant les deux champs précités, a reçu une formation afin d'animer ces réseaux. Enfin des conventions ont été préparées afin d'apporter une assise institutionnelle à ceux-ci.

Cette démarche avait pour objectif :

- De dédramatiser la rencontre avec les personnes présentant des maladies ou troubles mentaux
- D'améliorer la prise en compte de la souffrance psychique engendrée par la précarité
- De développer la coordination entre le secteur social et le secteur sanitaire
- De créer des outils communs
- D'impulser la mise en réseau
-

Lancée sur 16 territoire, cette formation-action a abouti à la création de 16 réseaux précarité-santé mentale, dont 11 formalisés sous la forme d'une convention (*), sur les territoires des villes suivantes :

Béthune, *Valencienne *, Arras *, Tourcoing et la Vallée de la Lys *, Roubaix*, Lille Sud-Nord-Ouest*, Lille et versant Nord-Ouest, la Métropole Lilloise versant Sud-Est*, Douai*, Dunkerque, Montreuil, le Cambrésis *, Calais *, Boulogne, Maubeuge et enfin Lens-La Gohelle *

Ils regroupent des professionnels aux profils variés : infirmiers, cadres de santé, assistant de service social, conseiller en économie social et familiale, conseiller en insertion professionnelle, chef de service, psychologue, référent RMI, éducateur....

Chacun de ses réseaux fonctionne de manière indépendante et travaille sur des objectifs différents :

- Les objectifs du réseau du Douaisis sont par exemple de travailler à la connaissance des structures, des membres participants, d'échanger sur des situations individuelles, d'élaborer et de suivre des projets, d'analyser les développements possibles du réseau et de créer un annuaire. Un sous groupe « Habitat-précarité santé mentale » a également été créé...
- Les objectifs du réseau de Boulogne-sur-Mer sont la connaissance des missions de chacun, l'échange de pratiques, la réflexion sur la lisibilité, les carences et les dysfonctionnements des dispositifs, un recensement des lieux d'écoute et des ressources du territoire...

Une évaluation de ces réseaux menée par le cabinet conseil COPAS pour la DDASS 59 fait apparaître que cette dynamique a permis des avancées importantes en terme:

- De connaissance entre les professionnels : développement des contacts, compréhension du champ de compétence de l'autre et de ses limites ...
- De montée en compétence pour différents professionnels d'un point de vue méthodologique (gérer un réseau, actualiser les contacts) et théorique (sur les pathologies, l'explication de certains comportements)
- De développement du réseau : de nouveaux partenaires ont été associés à la démarche sur certains territoires : UTPAS, CCAS, Missions locales, bailleurs sociaux...

Cette évaluation fournit par ailleurs un ensemble de préconisations :

- Il est primordial de conserver dans ce dispositif un co-portage entre le secteur de la santé mentale et celui de l'action sociale, et si possible d'élargir à la représentation des services d'action sociale
- Conserver une échelle régionale pour l'ensemble du dispositif afin de garder sur celui-ci un regard d'ensemble et un interlocuteur unique
- Monter un site internet, actuellement en création afin de centraliser les informations et de permettre l'échange de pratiques entre les différents réseaux.
- Mieux définir les participants, les objets et la fonction d'animation des binômes
- Poursuivre les stages croisés, certains membres actuels des réseaux n'ayant pu en bénéficier.



PARTIE IV : LES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRISE EN CHARGE DU HANDICAP PSYCHIQUE

4.1 L'accès aux soins

41 a Les dispositifs de soin en psychiatrie

41 b La continuité des soins

- *L'éducation thérapeutique*
- *L'alliance thérapeutique*

41 c L'accès aux soins somatiques

4.2 Le logement et l'hébergement

42 a Les différents dispositifs adaptés

42 b Favoriser l'accès au logement autonome

42 c Permettre le maintien dans le logement

4.3 Activités et participation sociale

43 a Les GEM

4.4 L'insertion professionnelle

44 a Les dispositifs et établissements adaptés

44 b L'accès au milieu ordinaire de travail

**44 c Les spécificités de l'insertion professionnelle des personnes
en situation de handicap psychique dans le milieu ordinaire**

4.5 Les conditions de ressources

4.6 La protection juridique

4.7 L'accompagnement social

L'insertion dans la cité des personnes en situation de handicap psychique nécessite un accompagnement particulièrement développé, prenant en compte toutes les dimensions de la vie : soins, logement, conditions de ressources, protection juridique, accompagnement social, activités sociales et professionnelles.

Il s'agit ici de présenter l'ensemble des dispositifs existants dans chacun de ces domaines. Cependant, nous verrons plus loin que tous ne sont pas développés sur le territoire régional.

4.1 L'ACCES AUX SOINS

41 a. Les dispositifs de soins psychiatriques

L'offre de soin en psychiatrie s'organise autour du principe de base qu'est la sectorisation : en fonction de leurs lieux d'habitation, les patients sont pris en charge par une équipe de psychiatrie territoriale. Pour autant ils conservent leur droit de libre choix du médecin³⁰ et peuvent se tourner vers des médecins généralistes, des psychiatres libéraux ou des établissements privés.

Une étude montre cependant que dans les faits les personnes hospitalisées dans les secteurs publics et les établissements privés présentent des pathologies différentes. 54.4% des patients hospitalisés un jour donné en clinique privée présentent des troubles de l'humeur et 13.5% des schizophrénies, contre respectivement 16.2% et 37.6% dans les secteurs publics.³¹

Pour certains usagers qui ne peuvent se tourner vers ces praticiens privés, cette sectorisation, et l'inégalité territoriale qu'elle génère, est subie avec un profond sentiment d'injustice, comme en témoigne cette usagère :

« Aujourd'hui selon la ville où on est, on tombe soit dans l'hôtel 4 étoiles soit dans une prison. Donc si on est sujet à des troubles psychiques, est-ce qu'il va falloir choisir son lieu d'habitation en fonction du pôle où on risque d'atterrir. J'espère qu'on ne va pas devoir en arriver là. Donc on doit repenser la notion de secteur. »

Parallèlement à la problématique de l'inégalité de l'offre de soin, la plupart des usagers rencontrés dénoncent le cadre des hospitalisations le mélange des pathologies et des situations des patients :

« Qu'on ne mette pas à la fois dans les hôpitaux les victimes et les agresseurs, sinon qu'est ce qu'on peut faire à part réveiller le traumatisme. Les personnes qu'on a en face de nous, on se demande est ce que je peux réellement lui parler, est ce que je peux me confier à elle ou elle est en gros de l'autre bord. »

« Juste à côté de mon service il y avait les polyhandicapés, on entendait leurs cris. Moi je suis capable de l'accepter parce que je connais ce handicap, mais une personne qui ne connaît pas et qui entend ces cris elle ressort de là traumatisée. »

³⁰ Article L.326-1 de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur condition d'hospitalisation : « Toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence. »

³¹ Etat des lieux l'activité publique et privée en psychiatrie. Rencontre des cliniques psychiatriques privées, Lyon 2008, Magali Coldefi

Face à cette problématique et dans le cadre d'organisations intersectorielles, des secteurs de psychiatrie publique proposent aujourd'hui des services d'hospitalisation spécifiques qui s'adressent à des types de patients différents. Les secteurs des villes d'Arras et de Cambrai par exemple se sont regroupés et proposent chacun des services d'hospitalisation thématiques.

Pour Arras : une unité d'hospitalisation libre, une unité d'hospitalisation sous contrainte, une unité d'accompagnement avant la sortie.

Les secteurs du Cambrésis quant à eux s'appuient sur 3 services d'hospitalisation : une unité de soins pour les personnes anxio-dépressives et l'addictologie, une unité de soins intensifs pour les hospitalisations sous contraintes et une unité de resocialisation pour les patients chroniques.

Parallèlement à cette spécialisation des services, différentes unités de soins et d'accueil d'urgence existent sur le territoire : les dispositifs ou centres d'accueil et de crise, le centre d'accueil permanent Ilot Psy....

Parallèlement à l'hospitalisation traditionnelle à temps plein en service de psychiatrie, les secteurs ont développé dans des proportions plus ou moins importantes des dispositifs d'hospitalisation alternatifs, implantés dans la cité :

- **L'accueil familial thérapeutique** : l'AFT est une modalité d'hospitalisation alternative qui consiste à placer un patient dans une famille d'accueil spécialement formée et rémunérée par un CH ou un EPSM. L'objectif est de favoriser sa réadaptation, sa réinsertion dans un cadre sécurisant et d'une certaine manière démedicalisé. Mais l'accueil reste bien thérapeutique, dans le sens où l'hébergement intègre la continuité des soins. De nombreux acteurs soulignent le fait que ce type d'accueil doit absolument être provisoire, afin de permettre par la suite aux patients de s'inscrire dans une relative autonomie et de recréer son propre réseau social et familial.
- **Les centres de postcure** : ces unités assurent après la phase aiguë de la maladie la poursuite des soins ainsi que le travail de réadaptation en vue du retour à une existence autonome.
- **Les appartements thérapeutiques** : ces appartements situés dans la ville sont des unités de soins à visée de réinsertion sociale mises à disposition de patients nécessitant une présence importante voire continue de personnels soignants. Ils accueillent de manière temporaire des patients, souvent au lourd passé psychiatrique, pour lesquels un travail de réhabilitation est indispensable avant de pouvoir envisager une vie plus autonome. Dans ces structures, plus souples que des centres postcure, il s'agit d'associer le patient à l'organisation de la vie quotidienne au sein de l'appartement et d'encourager sa participation à la vie locale.
- **L'hospitalisation à domicile** : le patient reste à son domicile mais reçoit plusieurs fois par jour la visite de personnel soignant. Ce type d'hospitalisation, qui permet de jauger en fonction de l'environnement de la personne la pertinence d'une hospitalisation en service et si possible de l'éviter, nécessite une coordination importante entre tous les intervenants. Un contrat de soin est négocié avec la personne mais également son médecin traitant, les travailleurs sociaux éventuels, les personnes ressources de son entourage...

Mais l'hospitalisation, qu'elle soit libre, d'office ou à la demande d'un tiers ne représente qu'une infime partie de l'activité des secteurs de psychiatrie. Selon les secteurs, le pourcentage de patients exclusivement pris en charge en ambulatoire varie entre 75 et 90%. Ce suivi en ambulatoire repose sur 3 types de dispositifs :

- **Le Centre Médico-Psychologique** : il s'agit d'une unité d'accueil et de coordination en milieu ouvert qui dispense des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile. Il constitue le réel pivot du secteur de psychiatrie.
- **L'Hôpital de jour** : il assure des soins polyvalents individualisés et intensifs durant la journée.
- **Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel** : les CATTP ont pour objectif de maintenir ou favoriser l'autonomie des personnes par des actions de soutien et de thérapie de groupe. Les patients, orientés par le psychiatre de secteur sont accueillis pour des demi journées et de façon plus ponctuelle qu'en hôpitaux de jour, pour la réalisation d'un certain nombre d'activités. Le travail du CATTP est principalement orienté vers les relations du patient avec autrui et la reconstruction de son autonomie.

Au fil des rencontres, différentes problématiques liées à la question de l'accès et de la continuité des soins ont été soulevées :

41 b. La question de la continuité des soins

La continuité des soins ou du moins de la prise en charge thérapeutique est un élément indispensable à l'insertion dans la cité des personnes en situation de handicap psychique. L'arrêt des traitements engendre bien souvent des difficultés majeures : crises et décompensation, nécessité d'une nouvelle hospitalisation avec ou sans consentement, ruptures dans les dynamiques d'insertion, ou dans le parcours de vie...

Malgré ces conséquences, il n'est pas rare d'observer des arrêts de traitements : conflit avec l'équipe soignante, volonté de se débarrasser des lourds effets secondaires des traitements, sentiments de mieux être... Autant de motivations personnelles qui se heurtent au manque d'information dont disposent les patients et les familles sur les traitements et les thérapies utilisées et au manque de relais potentiels en dehors de l'équipe soignante. Afin de remédier à ces difficultés, différentes propositions ont été formulées par les personnes rencontrées :

➤ **Le développement de l'éducation thérapeutique**

Selon l'OMS « *L'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend les activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Cela a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et à améliorer leur qualité de vie.* »³²

³² Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*, traduit en français en 1998

Au-delà de l'information sur l'organisation du système de soin, du droit d'accès au dossier médical, il s'agit donc d'accompagner la personne dans la compréhension de sa maladie, dans l'acceptation de sa fragilité afin de faciliter le suivi des thérapies et de prévenir les ruptures.

Il s'agit également d'informer les personnes des conséquences et caractéristiques d'un traitement médicamenteux qu'elles auront à suivre bien souvent toute leurs vies et présentant des effets secondaires majeurs :

« Des médicaments, il en faut OK, mais on devrait nous prévenir que ce n'est pas anodin, qu'on ne pourra pas abandonner comme ça. Il y a un vrai problème de dépendance et de sevrage. J'ai toujours des médicaments dans mon sac, au cas où, c'est une vraie angoisse quand je n'en ai pas avec moi. Aujourd'hui il m'est impossible de dormir sans somnifères, je pourrais en avaler comme des bonbons. »

Certains secteurs ont développé des ateliers d'éducation thérapeutique ou des ateliers du médicamenteux, des GEM ont initié des échanges entre pharmaciens d'EPSM et usagers. La logique se développe progressivement, et doit être solidement soutenue.

Il semble enfin pertinent de citer l'existence de plaquettes d'information créées par Psycom 75³³ sur différentes thématiques : les troubles psychiques, l'organisation des soins, les thérapies, les traitements médicamenteux. Pensées à destination des usagers, des familles, des médecins généralistes et spécialistes, des soignants et des travailleurs sociaux, elles peuvent contribuer à une meilleure compréhension du système de soin et des traitements et donc faciliter le suivi de ces derniers. Il pourrait être pertinent d'étudier les possibilités de diffusion de tels supports d'information.

Anxiolytiques

Les médicaments anxiolytiques de cette famille sont nombreux. Ils ont été regroupés sur une même fiche, car leurs propriétés pharmacologiques sont très voisines.

Ils se présentent sous différents noms commerciaux ou génériques.

Votre pharmacien vous a proposé un des génériques disponibles actuellement. Si vous souhaitez davantage d'information, n'hésitez pas à lui en parler.

Fiche réalisée par les Pharmaciens Hospitaliers du réseau P.H.C. selon les recommandations de la Haute autorité de Santé (HAS)

FAMILLE DES BENZODIAZÉPINES

Quels effets indésirables peuvent apparaître ?

La majorité des effets indésirables qui apparaissent après la prise de médicament ne sont pas graves. Ils peuvent être différents d'une personne à l'autre et plus ou moins gênants. Certains diminuent, en général, dans les premières semaines du traitement. Il faut les connaître pour pouvoir les identifier ou les éviter et, dans tous les cas, en parler à votre médecin, qui recherchera une solution pour les atténuer ou les faire disparaître.

Effets	Que dois-je faire ?
Somnolence, baisse de vigilance	Évitez de conduire ou d'utiliser des machines. Prudence dans les situations qui nécessitent de l'attention. Parlez-en à votre médecin.
Sensation de fatigue, de faiblesse musculaire	Évitez de conduire ou d'utiliser des machines dangereuses. Parlez-en à votre médecin.
Perte de mémoire, difficulté de concentration	Dûes à une utilisation prolongée du médicament. Parlez-en à votre médecin.
Irritabilité, agressivité, excitation – (peu fréquent)	Parlez-en à votre médecin.
Vertiges, troubles de l'équilibre	Parlez-en à votre médecin.

Que surveiller pendant le traitement ?

→ **Hygiène de vie :**
Faites une activité physique dans la journée, ou au moins un peu de marche. Évitez les situations répétées de manque de sommeil et la consommation d'excitants : café, thé, cola, drogue.

→ **Les signes d'alerte :**
Prévenir immédiatement votre médecin en cas d'apparition d'une somnolence excessive, de reprise de l'anxiété, ou de faiblesse musculaire.

³³ Syndicat interhospitalier qui regroupe les 4 EPSM parisiens. Son objectif est de mieux faire connaître la réalité des troubles psychiques et le dispositif de soin du service public



➤ « L'alliance thérapeutique »

Parallèlement à ce manque d'information, on observe que la gestion du traitement et la thérapie s'effectue aujourd'hui encore dans le cadre d'une relation duale équipe soignante-patient, parfois fragile.

Pourtant, l'insertion dans la cité des personnes en situation de handicap psychique engage inévitablement à une nouvelle prise en compte de leurs environnements ainsi que de leurs réseaux sociaux (proches, délégués à la tutelle, travailleurs socio-éducatifs, coordinateur de GEM...) et familiaux. Il ne s'agit pas en les associant à la démarche de soin de faire intrusion dans le travail des équipes soignantes ni de briser le secret médical, mais d'enrichir le travail thérapeutique par la connaissance, l'observation au quotidien et les relais que peuvent constituer ces environnements sociaux et familiaux.

Cette alliance permettrait que ces acteurs se rejoignent, autour d'un but partagé et adoptent pour cela un langage, une lecture et une démarche commune. Chacun, en fonction de son rôle de ses compétences contribuant à sa manière à la réalisation de cet objectif commun.

Cette demande d'alliance apparaît aujourd'hui chez les familles:

« Beaucoup de psychiatres ne veulent pas nous recevoir et nous expliquer le protocole de soin. Pour les traitements, ils testent souvent, ils ne savent pas

exactement comment la personne réagira, ils pourraient nous dire 'on ne sait pas, on va essayer, mais faites nous signes si vous voyez que ça ne va pas'. Parce que les patients eux ne disent pas toujours quand ça ne va pas, parce qu'ils savent que dans ce cas là il y a un risque qu'ils soient de nouveau hospitalisés. La famille est un bel observatoire, on pourrait ensemble développer une alliance thérapeutique ».

Une mère de patient

Mais également chez les professionnels des structures médico-sociales ou sociales :

« Amener quelqu'un vers le soin c'est un long travail, si les médecins ne respectent pas ça on n'y arrivera jamais, ils doivent nous faire confiance quand on leur amène quelqu'un et respecter ce travail. »

Cette alliance, pourrait donc être conçue comme un réseau d'observation et de mutualisation, à même de soutenir la personne et l'équipe soignante dans la dynamique de soin, le parcours thérapeutique et de constituer un support en cas de rupture thérapeutique.

Car les familles, l'entourage des personnes malades ainsi que les professionnels qui interviennent à leurs côtés se trouvent aujourd'hui totalement démunis face aux ruptures de soin, lorsque leur proche refuse d'ouvrir la porte lors des visites à domicile ou de se rendre au CMP.

« On a vraiment des problèmes quand les personnes sortent des circuits de soin, qu'elles n'ont pas de médecin traitant, ou qu'il y a un déni de la maladie, seul on y arrive pas, on n'est pas thérapeute. »

Un délégué à la tutelle

Alors quelle alternative, médiation, mettre en place pour permettre un rapprochement avec le secteur de psychiatrie, autre que par le biais d'une HDT ou HO, traumatisante pour la personne comme pour son entourage et qui laissera des traces dans la suite du parcours thérapeutique? Entourage qui de plus se retrouve aujourd'hui seul dans cette démarche, le SAMU, la police et les pompiers refusant le plus souvent d'intervenir dans de telles circonstances.

Il faut donc pouvoir penser une modalité de déblocage de la situation qui s'appuie sur l'ensemble du réseau concourant à l'accompagnement de la personne : GEM, tuteur, travailleurs sociaux, personnes ressources dans l'environnement proche ...

Alors que la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique s'envisage aujourd'hui dans un cadre social collectif, le soin, et les enjeux qu'il représente, ne peuvent rester les seuls éléments gérés dans une relation strictement duale.

Cette notion d'alliance se développe également dans le travail d'accompagnement socio-éducatif dans les établissements médico-sociaux. S'allier pour être cohérent et pour se renforcer comme en témoigne ce directeur d'établissement :

« Le concours de la famille est essentiel. Si on arrive à bien travailler avec une personne sur l'autonomie, qu'elle fait des progrès, mais que quand elle rentre chez elle les parents continuent à l'infantiliser, à tout faire, on a tout perdu et on peut recommencer à zéro. »

41 c. L'accès aux soins somatiques

Les personnes en situation de handicap psychique ont souvent des difficultés à s'occuper d'elles, de leur logement, et encore moins de leur santé. L'association Ensemble Autrement, dans le cadre d'un partenariat avec l'Institut Pasteur a pu faire bénéficier ses usagers d'un bilan de santé. Cancer, ulcères, problèmes dentaires, des pathologies lourdes, non repérées faute de suivi médical ou d'accès aux soins ont été diagnostiquées. La question des soins somatiques est très souvent oubliée,

chaque acteur de l'accompagnement estimant qu'il ne s'agit pas là de ces prérogatives. La gestion de sa santé incombe donc à l'utilisateur, usager qui de par sa maladie est bien souvent dans une dynamique de non demande, non demande de soin et donc encore moins de prévention.

Il s'agit bien là d'une question essentielle car les personnes souffrant de maladie mentale sont fragilisées par les effets secondaires des traitements, tels que la prise de poids, les conséquences sanitaires associées et celles du tabagisme. Selon les études³⁴, le risque de décès des personnes souffrant de maladie mentale est 3 à 5 fois supérieur à celui de la population générale. Un patient atteint de schizophrénie a une espérance de vie écourtée de 9 à 12 ans par rapport à la population générale, avec parmi les causes de décès une surreprésentation des maladies cardio-vasculaires, respiratoires, infectieuses et des cancers du poumon et du larynx.

Différentes conférences d'experts³⁵ ont abouties à des recommandations concernant la prise en charge somatique des patients traités par antipsychotiques, notamment sur l'importance d'un suivi du poids, du bilan glucidique et lipidique, de la tolérance cardio-vasculaire...

Mais de très nombreuses personnes ne sont actuellement pas suivies par un médecin généraliste, comment alors assurer ce suivi, mais également ce travail de prévention ?

Certains secteurs ont apporté une réponse en travaillant uniquement sur orientation du patient par un médecin généraliste. Ou encore en ne prescrivant pas eux même les traitements mais en demandant aux médecins traitants d'effectuer cette prescription sur la base de leurs indications, afin d'associer pleinement celui-ci au suivi des patients. Toute personne souhaitant bénéficier d'un suivi psychiatrique par le secteur doit au préalable s'inscrire dans un parcours de suivi somatique.

A ces difficultés viennent par ailleurs parfois s'ajouter la méconnaissance par les soignants des caractéristiques de la maladie mentale, notamment de la non demande, ce qui peut complexifier l'accès aux soins, comme en témoigne cette professionnelle d'une structure d'accueil pour personnes en très grande précarité :

« On a parfois des problèmes avec les médecins. Une fois on a eu un homme, totalement désorienté, avec l'œil tuméfié, on a décidé de l'envoyer en bilan neuro. Pour ça on gère avec lui pour qu'il vienne ici le jour du rendez vous, on va lui chercher de l'alcool pour qu'il soit présent...Le médecin le reçoit. Il nous envoie un courrier en nous expliquant qu'il prendra en charge cette personne quand elle en aura envie. Mais cette non demande, c'est lié à sa problématique, avec Korsakoff, on perd la notion du corps, il y a un décalage entre le besoin de soin et l'envie. Y a vraiment de quoi se poser des questions quant à l'attitude de ce médecin, c'est de l'ignorance ou plutôt il n'est pas empressé de prendre en charge ce monsieur. [...] Cette passivité va à l'encontre de la culture de la demande dans le secteur sanitaire. Pourquoi soigner quelqu'un s'il ne le veut pas ? Mais on ne peut pas se limiter à ça, on doit travailler pour faire émerger la demande, ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de demande qu'il n'y a pas de problème. »

Méconnaissance, mais également stigmatisation, durement vécue par les usagers, comme en témoigne cette jeune femme :

« Comme là, dernièrement aux urgences pour mon genou, ils m'ont collé une infirmière psy qui m'a fait raconter toute mon histoire, qui a été enquêter auprès

³⁴ L'ABORD SOMATIQUE DES PATIENTS EN SANTE MENTALE EST-IL UNE NECESSITE ?

Docteur D. SARAVANE

Chef de Service – Praticien Hospitalier

Président de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale

³⁵ Consensus Développement Conférence on antipsychotic drugs and obesity and diabetes (2004)

de mon psy, et puis j'ai eu la psy du service des urgences qui est passé... ce qui a fait qu'en gros on a perdu 3 ou 4 heures. J'y ai passé 6 heures au lieu de 2. C'est une stigmatisation pour moi. Donc oui au niveau de l'hôpital général, il y a stigmatisation. De toute façon on n'a besoin de rien dire...hop c'est terminé. Soit on dit qu'on ne prend rien au risque qu'il y ait des problèmes d'interaction entre les médicaments. Si on donne le nom de nos médicaments, ils savent très bien que c'est des médicaments psy donc attention encore un psy aux urgences. Un psy aux urgences ça ne passe jamais inaperçu. Est-ce que c'est pour des raisons psy qu'il est là ou est-ce que c'est pour une vraie raison somatique [...]Tant qu'on me ramènera un psy pour que je raconte mon histoire à chaque fois que je passe aux urgences, ça n'ira pas. On doit nous prendre au sérieux, se faire entendre, moi mon message c'est donner nous notre chance. »

4.2 LE LOGEMENT ET L'HEBERGEMENT

42 a. Les différents dispositifs de logement et d'hébergement adapté

La question du logement pour les personnes en situation de handicap psychique est multiforme, il s'agit de penser une palette de solutions suffisamment large pour répondre à la multitude de degrés d'autonomie, de projets de vie présentés par les personnes atteintes de maladie mentale.

Différents dispositifs existent à l'heure actuelle. Chacun d'entre eux constitue une possibilité d'accueil de manière provisoire ou durable, certains se situent au carrefour du soin et de l'hébergement... Selon les territoires, ces établissements ou services sont gérés par le secteur sanitaire, par des associations qui en sont issues ou par le secteur médico-social ou social. Ils s'inscrivent donc dans des réseaux et des démarches hétérogènes qui engagent à des types de partenariat et de fonctionnement différents. Il importe cependant de définir les grandes caractéristiques de chacun de ces dispositifs afin de mieux cerner leur complémentarité et l'utilité de leur développement. (Certains ne sont pas développés sur le territoire régional ou sont en projet)

Des dispositifs d'hospitalisation figurent parmi la présentation ci-dessous, car malgré leur vocation temporaire, ils hébergent de façon parfois durable des personnes, et représentent donc bien une pièce de la palette des possibilités de logement et d'hébergement des personnes en situation de handicap psychique.

Unité de pré-MAS : cette unité d'hospitalisation accueille des personnes qui ont reçu une orientation en MAS mais qui du fait de troubles psychiques, neurologiques, du comportement, autistiques ou d'une mise en danger n'ont pas pu y rester, ou sont en attente d'une place disponible.

Service alternatif d'accueil spécialisé (SAAS) : ce service accueille des personnes souffrant d'un lourd handicap psychique qui n'ont pas ou plus besoin de soins psychiatriques actifs mais qui n'ont pas pu trouver de place dans un établissement médico-social adéquat. Implanté dans les EPSM, il permet de désengorger les services d'admissions. Il s'agit d'une **hospitalisation** libre, l'objectif étant de trouver un relais dans un établissement adapté, mais il n'est pas rare que les personnes préfèrent rester au SAAS.

Unité de grande dépendance : service d'hospitalisation pour des personnes âgées, en fin de vie, avec une évolution démentielle, un syndrome de Korsakoff, dont les troubles psychiques ou neurologiques rendent difficile leur accueil en maison de retraite.

A titre d'illustration, le service de psycho réhabilitation de l'EPSMAL regroupe :
- 50 places en SAAS
- 20 places en pré MAS (10 personnes à l'heure actuelle)
- 19 places dans l'unité « grande dépendance »

Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) : ces établissements **médico-sociaux** accueillent des adultes en situation de grande dépendance qui nécessitent une aide humaine et technique permanente. Elles accueillent des personnes lourdement handicapées, polyhandicapées, ou qui du fait d'un accident grave, d'une maladie invalidante se retrouvent en situation de dépendance. On retrouve dans ces établissements des personnes qui auparavant étaient hospitalisées au long cours ou prises en charge par les familles. Ces établissements proposent un accompagnement thérapeutique, éducatif et pour l'ensemble des gestes de la vie quotidienne.

Divers EPSM de la région tels que celui d'Armentières, Saint-André ou de Bailleul ont créé leur propre MAS (respectivement la MAS Résidence Berthe Morizot, la MAS Martine Marguettaz et la MAS/FAM Résidence Reuze Lied) afin de désengorger leurs services d'hospitalisation et de pouvoir proposer aux patients, hospitalisés de manière inadéquate des modalités d'accueil plus adaptées.

Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) : ce type d'établissement **médico-social** accueille des adultes gravement handicapés dont la dépendance rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne dans l'accomplissement des actes quotidiens ainsi qu'une stimulation et un suivi médical régulier. Il s'adresse à des personnes qui sont relativement moins dépendantes que celles accueillies en MAS. Mais la principale distinction entre ces deux établissements repose sur le mode de financement, les FAM étant en partie financés par les Conseils Généraux.

Foyer de vie : il accueille des personnes adultes dont le handicap ne permet pas ou plus d'exercer une activité professionnelle, y compris dans le milieu adapté. Ce type de structure s'adressent à des personnes moins dépendantes que celles accueillies en FAM ou MAS qui peuvent se livrer à des occupations quotidiennes (ludiques, sportives, éducatives...) et en capacité de participer à une animation sociale.

Accueil familial thérapeutique : il s'agit d'une **modalité particulière d'hospitalisation** à temps complet, qui consiste à placer un patient dans une famille d'accueil spécialement formée et rémunérée par un CH ou un EPSM. Elle s'adresse à des patients dont le maintien ou le retour à domicile ne paraît pas souhaitable ou possible dans l'immédiat, dont l'hospitalisation n'est plus nécessaire mais qui nécessitent cependant un cadre contenant important. Ils sont accueillis temporairement, le temps d'un travail de réadaptation et d'acquisition d'une certaine autonomie au cours duquel la prise en charge sociale et affective prend une dimension importante. Il semble cependant important d'insister sur le caractère provisoire de cet accueil qui à long terme peut fragiliser l'autonomie et les liens familiaux des personnes accueillies.

Appartements thérapeutiques : là encore, il s'agit d'une **modalité particulière d'hospitalisation**. Les appartements situés dans la ville sont des unités de soins, à visée de réinsertion sociale mises à disposition de patients nécessitant une présence importante voire continue de personnel soignant. Ils accueillent des personnes, souvent au lourd passé psychiatrique, pour lesquels un travail de

réhabilitation est indispensable avant de pouvoir envisager une vie autonome. L'objectif est donc d'accompagner le patient dans l'organisation de la vie quotidienne au sein de l'appartement et d'encourager sa participation à la vie locale. L'accueil en appartement thérapeutique est prévu de façon temporaire, mais faute de relais et de places disponibles dans d'autres types de structures, ce dispositif est bien souvent engorgé.

Le principe des appartements thérapeutique se décline dans le cadre de collocations dans des **maisons associatives ou communautaires**.

Maison relais : anciennement appelées pension de famille, ces structures de petites taille accueillent durablement des personnes en « *situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont la situation sociale, psychologique, voire psychiatrique rend impossible à échéance prévisible leur accès au logement ordinaire. (...) Il s'agit de structures de taille réduite, associant logements privatifs et espaces collectifs favorisant les relations de la vie quotidienne entre les résidents et avec les hôtes, qu'il convient de rapprocher le plus possible du mode de fonctionnement et de vie d'une maison ordinaire.* »³⁶ L'accompagnement est réalisé par un hôte ou couple d'hôte qui régule la vie quotidienne de la maison, définissent les modalités de la vie collective, animent les espaces et les temps communs à tous les pensionnaires, facilitent les relations et organisent les liens avec l'environnement local de la maison.

Une première maison relais issue de la collaboration de l'association ESCALES et du CAL PACT d'Arras a été inaugurée en juin 2006 à Arras.

Cette maison ne s'inscrit pas dans une logique d'habitat durable, aucune limitation de durée de séjour n'est prévue. Habitat non médicalisé, cette maison relais offre à 9 personnes (adultes, hommes ou femmes) en situation de handicap psychique un cadre de vie semi-collectif convivial et intégré dans le tissu social local. Les usagers bénéficient d'actions d'insertion dans le quartier et sont accompagnés dans leur accès aux équipements socioculturels, aux dispositifs d'insertion dans l'emploi et dans la vie de leur quartier. La priorité est donnée aux personnes suivies par les secteurs de psychiatrie arrageois (62G19-20), qui continuent de manière indépendante à administrer les soins par le biais de ses divers dispositifs. Ils mettent à disposition de la structure du personnel par le biais d'une convention. Différentes conditions d'accès sont requises : bénéficier d'un minimum de ressources, incapacité à intégrer un logement autonome dans l'immédiat, avoir un référent médical et social...

Résidence accueil³⁷ : elles proposent, dans le cadre d'une expérimentation, une modalité de logement adapté, inspiré du fonctionnement des maisons relais mais ajusté aux besoins spécifiques des personnes ayant un handicap psychique.

Résidence service : la résidence service créée par l'association Interval a pour objectif d'accueillir des personnes en situation de handicap psychique vieillissantes (de plus de 50 ans) trop vulnérables pour vivre seul dans un logement autonome mais présentant des capacités à vivre sans un accompagnement permanent sans se mettre en danger. Les personnes évoluent dans des logements autonomes de type F1 bis ou F2 équipés de tous les éléments de confort : sanitaires individuels, chauffage, téléphone... A ces espaces individuels viennent s'ajouter des espaces de vie collectifs mis à disposition des usagers pour permettre les rencontres et éviter l'isolement. Elles bénéficient d'un

³⁶ Circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais

³⁷ NOTE D'INFORMATION N° DGAS/PIA/PHAN/2006/523 du 16 novembre 2006 relative à la mise en place de l'expérimentation des résidences accueil.

accompagnement éducatif visant à maintenir les acquis en terme de vie quotidienne et de vie sociale.

Foyer d'hébergement : il assure l'hébergement et l'entretien d'adultes handicapés qui exercent une activité pendant la journée en milieu ordinaire ou adapté.

Familles gouvernantes : ce dispositif de logement innovant a été développé par l'UDAF de la Marne pour les majeurs placés sous leur protection souffrant de maladie mentale. L'UDAF le définit comme :

« Une réponse associative souple et non institutionnelle, concrète et immédiate, qui propose de recréer une cellule à dimension familiale pour des personnes isolées, cumulant handicaps ou/et pathologies.

Cinq à six personnes, ne pouvant vivre seules de façon autonome et ne relevant plus d'une hospitalisation ou d'un mode d'hébergement institutionnel, sont colocataires de deux appartements de type F4, situés à proximité dans le même immeuble et, si possible, sur le même palier.

Elles bénéficient collectivement de la prestation d'un(e) « gouvernant(e) », chargé(e) de veiller à leur entretien et à leur bien-être au quotidien. Entre autorité et affection, le (la) gouvernant(e) les accompagne dans l'organisation de leur vie de tous les jours et les encourage à diverses activités. Les bénéficiaires du dispositif sortent ainsi d'un long isolement familial et social et réapprennent à vivre au sein d'une cellule quasi-familiale.

Les « familles gouvernantes » sont un projet mixte, offrant des solutions non seulement aux problématiques de logement, mais aussi d'exclusion. Cet accompagnement social de proximité offre un cadre stable et rassurant à des personnes vulnérables, et est un facteur d'insertion sociale. »³⁸

A Reims, 170 personnes, dont 80% en situation de handicap psychique, vivent aujourd'hui en familles gouvernantes, entourées par une trentaine de gouvernantes

Ce dispositif n'existe pas encore à l'heure actuelle sur la région, mais deux groupes de travail réfléchissent à la mise en œuvre de cette alternative :

- Un groupe de travail réunissant l'équipe socio-éducative de l'EPSM d'Armentières, les associations Interval et Anita, la MDPH, Lille Métropole Habitat, l'AGSS de l'UDAF...
- Un second groupe réunissant l'ABEJ, l'association tutélaire Ariane, le secteur 59G21,...

Appartement associatif : il s'agit d'un appartement pris en location par une association pour être sous loué à des personnes en difficultés. Les personnes accueillies ont un statut de sous locataires qui leur donne droit au maintien dans les lieux, mais dans la limite d'un bail temporaire. Elles paient un loyer et bénéficient selon leurs ressources d'une aide au logement.

Certaines associations proposent un système de **bail glissant** qui permet à une personne, avec l'accord de l'association, des équipes de soin et du bailleurs de devenir à la suite d'une période « d'essai » locataire direct.

Exemple d'associations dans la région qui propose des appartements associatifs :

Archipel : cette association a pour objet « d'améliorer les conditions de vie des malades mentaux relevant de la file active des secteurs de psychiatrie adulte rattachés à l'EPSM de l'Agglomération Lilloise ». Elle dispose pour cela de plus de 70 appartements (allant du studio au f3), et de 8 maisons qu'elle met à disposition des patients émanant de ces secteurs. Par le biais de conventions

³⁸ Familles Gouvernantes, mode d'emploi. Guide pratique

http://www.unaf.fr/IMG/pdf/GUIDE_FAMILLES_Gouv.pdf

particulières, Archipel gère également différents logements pour l'association Interval ou l'EPSM Lille Métropole. Ces logements sont loués auprès des bailleurs sociaux et privés. Archipel n'assure aucun accompagnement thérapeutique ou social, celui-ci est assuré par l'équipe de secteur :

« On n'est pas une agence immobilière, les équipes de soins trouvent l'appartement, on leur apporte ensuite la logistique, mais on n'intervient pas dans l'accompagnement. On est juste une interface entre le bailleur et le patient, on fait de la sous location. »

La particularité d'Archipel est de s'être dotée d'un Observatoire des Résidences Associatives, dont les missions sont d'assurer la logistique financière du parc locatif, de créer un lien avec les associations tutélaires, de rédiger le contrat de résident, de proposer au besoin un bail glissant, de s'assurer des conditions financières du locataire et d'effectuer annuellement une visite des logements associatifs. Celle-ci permet de contrôler l'état du logement, de planifier au besoin des travaux et de s'assurer du bon fonctionnement de tous les équipements :

« Les malades parlent parfois plus à ces bénévoles qu'aux soignants. Pour les infirmiers, les visites à domiciles sont devenues tellement banales qu'ils ne sont plus attentifs aux soucis logistiques. Par exemple une ampoule peut être cassée et le malade restera avec ce souci pendant des mois et des mois. »

Enfin l'association dispose d'un fond de solidarité pour prêter de petites sommes d'argent aux personnes pour meubler leur logement ou effectuer de menus travaux. Archipel peut proposer un bail glissant.

La « commission appartement » de l'AMPS (secteur 59G21) : cette commission réunie les membres de l'AMPS³⁹ ainsi que des représentants des offices HLM, des bailleurs, des soignants, des représentants d'associations d'usagers et de familles et les associations tutélaires. Elle décide de l'attribution des 40 appartements associatifs dans les communes du secteur de psychiatrie 59 G21. L'AMPS couvre la caution, les personnes quant à elles prennent en charge le loyer et les charges courantes.

Promouvoir : cette association intervient dans les Flandres intérieures et maritimes en mettant à disposition des secteurs de psychiatrie locaux 25 appartements associatifs. Les équipes de secteurs disposent d'un jeu de clés de chaque appartement afin d'assurer le suivi médical et de veiller à la qualité de vie de la personne.

L'association accepte le système des baux glissants. Promouvoir dispose également de 4 maisons communautaires et peut proposer aux personnes qui en font la demande une domiciliation administrative et une avance de fonds.

Agathal : cette association, rattachée au Centre Hospitalier de Boulogne dispose à l'heure actuelle de 10 appartements associatifs. 23 personnes bénéficient de ce dispositif et sont logées seules, en couple ou en colocation. Un accompagnement quotidien (médical mais également social : démarches administratives, courses...) est assuré par des infirmiers du secteur. Les appartements ne sont pas sectorisés, et sont mis à disposition des personnes autant de temps qu'elles le souhaitent, aucune durée de séjour n'est fixée à l'avance. Agathal ne propose pas de baux glissants.

Différents projets de logement ou d'hébergement sont actuellement portés au niveau régional, on peut citer entre autre:

- Un projet de FAM de 48 places pour personnes en situation de handicap psychique porté par l'AFEJI
- Un projet de foyer de vie à Rilleux en Cambrésis
- Deux groupes de travail réfléchissent à un projet de famille gouvernante

Enfin, de nombreuses personnes en situation de handicap psychique vivent aujourd'hui dans des établissements tels que des CHRS ou des maisons de retraite, mais également au sein de leurs familles.

³⁹ Voir p 90 « La banlieue est de Lille »

42 b. Favoriser l'accès au logement autonome

Au-delà de la crise du logement, qui n'épargne aucune catégorie de la population, l'accès au logement autonome des personnes en situation de handicap psychique reste aujourd'hui très difficile. La stigmatisation de la maladie mentale et l'annonce de l'AAH comme ressource principale peut ne pas suffire aux propriétaires. Pourtant la protection juridique dont bénéficie la majorité de ces personnes présente des garanties non négligeables pour les bailleurs.

Afin de faire évoluer la situation, différents dispositifs se mettent en place :

- La communauté urbaine de Lille Métropole travaille actuellement à la création d'un **guide : « Habitat et Santé mentale. Logement, hébergement et accompagnement des personnes en souffrance psychique. »** Ce document à destination des bailleurs sociaux et privés (par le biais de l'UNPI⁴⁰), des institutions, des gardiens d'immeubles, des veilleurs de nuit, des équipes des secteurs de soins, des établissements d'hébergement est actuellement en rédaction et devrait être édité courant 2009. De très nombreux acteurs ont participé à sa réalisation : des associations « Nord Mentalité » et l'UNAFAM, des bailleurs, les EPSM « Lille Métropole » et « Agglomération Lilloise », l'ARH, la FNARS, le PACT Métropole Nord, la ville de Lille, le service habitat de LMCU...
Ce document vise à rendre lisibles les différents dispositifs existants en matière de logement et d'hébergement, à expliciter l'organisation des systèmes de soins, de prise en charge sociale ou médico-sociale, de protection juridique et à présenter l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale. Son objectif est donc de favoriser les partenariats par une meilleure interconnaissance de chaque acteur : rassurer les bailleurs en leur présentant les multiples relais de prises en charge par les secteurs de psychiatrie, informer les acteurs de l'accompagnement sanitaire ou médico-social sur les interlocuteurs et les dispositifs de logement.
- Comme expliqué plus haut, l'accès au logement par un appartement associatif présente de nombreux avantages : il rassure les bailleurs et sécurise les personnes. En fonction de l'évolution de ces dernières et de leurs degrés d'autonomie, il est possible de faire évoluer ces contrats de location par un système de **bail glissant**. Avec l'accord de la personne, de l'équipe soignante et du bailleur, la personne voit évoluer son contrat de sous location en contrat de location pure et s'autonomise donc de l'association gestionnaire. Cette possibilité d'évolution n'est cependant pas proposée par toutes les associations proposant des appartements associatifs
- Inscription dans les **plans locaux d'habitat** du soutien nécessaire à l'accès au logement des personnes en situation de handicap psychique.

Parallèlement à ces dispositifs, une réflexion d'un professionnel du secteur social permet de mettre en valeur l'importance du partenariat avec les secteurs de soins afin de pérenniser l'accès au logement de personnes en situation de handicap psychique par le biais des bailleurs :

« On doit vraiment avoir une coordination importante avec les secteurs de psychiatrie quand on monte un projet de logement avec quelqu'un. C'est eux qui connaissent les pathologies, les possibilités et contre-indications pour les personnes, c'est donc eux qui peuvent nous dire si le projet tiendra la route. Parce que si on loge quelqu'un qui ne pourra

⁴⁰ Union National de la Propriété Immobilière

pas assumer, décompensera et fera n'importe quoi dans le logement, on se décrédibilise totalement auprès des bailleurs et c'est très compliqué après de reloger quelqu'un d'autre. »

Enfin, un autre professionnel de l'accompagnement social souligne les biais de l'accompagnement social dans l'accès au logement :

« A une époque on a eu une convention avec une société d'HLM lilloise, mais on s'est aperçu que ça avait beaucoup d'effets pervers. Des gens qui auraient pu accéder aux logements par le biais normal, dès qu'on connaissait leur handicap on les poussait à se faire accompagner par nous. Ou quand on avait des baux glissants, dès que la personne se retrouvait locataire, la société ne voulait plus d'eux. On a cassé la convention. »

Cette citation laisse apparaître la crainte des bailleurs face aux personnes en situation de handicap psychique mais permet d'entrevoir la marge de manœuvre qui consiste à développer des modalités de partenariat, de relais et d'information à même de combler les réticences des bailleurs.

42 c. Permettre le maintien dans le logement

« Sur la question de l'accès au logement, on a déjà bien travaillé. Là ce qui nous préoccupe c'est plutôt la problématique du maintien dans le logement. Comment faire quand une personne pète un plomb ? On a le devoir de garantir la tranquillité au voisinage...On doit trouver des solutions afin d'éviter les réactions trop répressives qui n'arrangent rien pour la personne. »

Comme en témoigne ce responsable des partenariats d'un bailleur social, l'une des principale problématique à laquelle ont à faire face les bailleurs est la gestion des crises, ou des comportements qui peuvent nuire au voisinage. Cette problématique conditionne également la question de l'accès au logement, de nombreux bailleurs préfèrent en effet refuser la location par anticipation de ce type de difficultés.

Les principaux écueils sont liés à l'isolement des personnes, à l'incurie, aux troubles du voisinage (bruits, sollicitations intempestives...) et à la sécurité (risques d'incendie du fait d'un tabagisme important chez cette population).

Face à cela, les bailleurs ne se sentent pas toujours assez soutenus par les équipes des secteurs de psychiatrie:

« On a des contacts très différents avec les secteurs de psychiatrie, ça dépend vraiment des personnes, beaucoup se cachent derrière le secret professionnel. Il y a beaucoup de progrès à faire pour harmoniser les pratiques et avoir des relais dans chaque secteur. On doit réussir à agir ensemble, à se faire confiance, sans langue de bois et dans l'intérêt de la personne. »

Cette personne ressource conseille par exemple que les bailleurs, par le biais de leurs équipes sociales puissent être associés aux synthèses sur ces personnes afin de pouvoir échanger et trouver des solutions adaptées de manière conjointe. L'équipe sociale étant elle-même soumise au secret professionnel ou droit de réserve, il ne s'agirait pas d'une intrusion des bailleurs dans l'intimité de ses locataires mais bien d'un partenariat visant à accompagner au mieux la personne...

4.3 ACTIVITES ET PARTICIPATION SOCIALE

La maladie mentale constitue un frein à la participation sociale et à une socialisation épanouie, mais en soi ne rend pas impossible l'accès à des activités socioculturelles ou sportives. Bien au contraire, celles-ci sont indispensables, elles participent à l'insertion sociale de ce public et constituent depuis longtemps un support à la prise en charge thérapeutique et à la réhabilitation.

« C'est important de rallumer une flamme, de redonner des objectifs dans la journée, que les gens n'aient pas la 'main morte'. Il n'y a rien de pire que de rester là à ne rien faire, à fumer des cigarettes devant la télé. »⁴¹

Les personnes en situation de handicap psychique vivent aujourd'hui dans la cité, participent au vivre ensemble et à la construction de notre société. Elles doivent donc pouvoir se définir au regard de leur contribution au monde et non pas seulement sur la base de la maladie.

Les personnes en emploi peuvent se présenter en tant que salariées, qu'en est-il pour les personnes qui ne travaillent pas ? Comment peuvent-elles se présenter et lier des liens sur la base d'une identité stigmatisante en soi ? Des usagers ont su combler ce manque statutaire par le biais de diverses activités : implication dans des associations d'usagers, participation à des recherches action, inscription dans des formations en e-learning, développement de travaux et de curiosités personnels, adhésion à des associations de droit commun... Autant d'activités qui valorisent la personne et permettent d'apporter une réponse à la fameuse question 'que fais-tu dans la vie ?' qui amorce bien souvent toute nouvelle relation.

Au-delà de l'accès à des activités ancrées dans le soin, en hôpital de jour ou en CATTP, ou bien par le biais d'accueil de jour ou de foyer occupationnels, il convient donc de penser l'accès à des activités valorisantes à même de fournir un statut, une identité neutre de tout rapport au soin et une occupation du temps.

Mais l'accès à de telles activités doit bien souvent être accompagné : *« il faut réapprendre à se faire plaisir »⁴¹*

43 a. Les Groupes d'Entraide Mutuels (GEM)

Les Groupes d'Entraide Mutuelle trouvent leurs fondements légaux dans la loi du 11 février 2005, qui font d'eux des outils de compensation et de prévention du handicap. Les modalités de financement et de conventionnement de ce dispositif sont quant à elles précisées dans différents textes⁴² qui posent un ensemble de principes de fonctionnement :

⁴¹ Dixit un représentant d'usager

⁴² Circulaire DGAS/3B n° 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques

Circulaire DGAS/SD/3B n° 2007-121 du 30 Mars 2007 relative aux groupes d'entraide mutuelle pour personnes handicapées psychiques

Instruction DGAS/3B n°2008-167 du 20 mai 2008 relative aux groupes d'entraide mutuelle pour personnes handicapées psychiques.

- Ils s'adressent à des personnes adultes fragilisées par des troubles psychiques qui viennent compromettre leur insertion sociale. L'objectif des groupes est de rompre l'isolement, de restaurer et de maintenir les liens sociaux, de redonner confiance en soi.
- Les GEM ne sont pas des structures pourvoyeuses de prestations ou de prise en charge mises en œuvre par des professionnels ou des permanents, mais bien un collectif de personnes animées par un même projet.
- « Les GEM sont des lieux conviviaux, où des personnes peuvent se retrouver, s'entraider, organiser ensemble des activités visant tant au développement personnel qu'à créer des liens avec la communauté environnante »
- Les GEM proposent des plages d'ouverture larges, permettent l'accueil, l'écoute, l'information, l'aide mutuelle et le choix d'activités culturelles et de loisirs. Elles respectent la liberté d'aller et venir des personnes. Une explication claire des liens entretenus entre le GEM et les équipes soignantes ou médico-sociales doit être apportée à l'utilisateur.

Le cahier des charges précises également que :

- Le GEM repose sur une association loi 1901 rassemblant principalement des personnes en difficulté ou en situation de handicap psychique. Il peut cependant être admis dans une phase transitoire que le groupe soit mis en place par une association ne regroupant pas majoritairement des usagers : il s'agira dans ce cas de s'assurer de la participation des usagers à l'organisation des activités.
- Elle doit bénéficier, par le biais d'une convention de parrainage, du soutien d'un parrain qui peut être une association d'utilisateur, de familles, un établissement de santé mentale ou un organisme œuvrant dans le champ médico-social. Celui-ci lui permet de bénéficier d'un soutien en terme de gestion administrative et financière et d'accompagner son évolution en sécurité.
- L'accès au GEM est ouvert à tous, la reconnaissance du handicap n'est pas nécessaire. Une adhésion est cependant demandée. Par cette adhésion, les personnes s'engagent à participer à la vie du groupe avec des contacts réguliers pouvant être prévus dans le règlement intérieur afin d'éviter tout isolement. Cet engagement ne porte pas atteinte à la liberté des personnes et peut être cassé.
- Le groupe compte au moins un animateur justifiant d'une expérience dans la prise en charge de personnes rencontrant des troubles psychiques et des compétences en matière de gestion. Il assure :
 - Une vigilance quant au bon fonctionnement du groupe
 - Un accompagnement dans la mise en place d'actions collectives
 - Un lien avec les organismes sociaux et médico-sociaux pouvant intervenir dans le champ du logement, de l'emploi, de prestations sociales selon les besoins des personnes.

Le nombre d'animateurs nécessaires dépend des plages d'ouvertures, qui doivent être larges, du projet du GEM, du nombre d'adhérents...

- Dans le cadre de son objectif d'entraide et d'ouverture sur la cité, le GEM doit développer des partenariats avec divers organismes :
 - o La commune du lieu d'implantation afin de faciliter l'accès à certains services ou à un local
 - o Les associations de familles et d'utilisateurs
 - o Les secteurs psychiatriques : les relations partenariales pouvant être précisées dans le cadre d'une convention
 - o La MDPH, les offices HLM, le service public de l'emploi, le tissu associatif local...: des acteurs susceptibles d'intervenir au cas par cas pour les demandes ou besoins des utilisateurs.
- Une convention doit être rédigée tous les ans. Quelque soit le montant de la subvention accordée, elle doit mentionner les indicateurs d'activités retenus pour justifier l'usage de cette dernière.

En septembre 2008 sept GEM existent sur la région :

Pour le Nord :

- **Nord Mentalité**, actuellement sans parrain
- **Amitié et Partage**, parrainé par la Fnapsy
- **La belle Journée**, parrainé par l'association Interval
- **Le Rebond**, à Douai, parrainé par La Maison d'aide à la Vie
- **Atout Cœur** à Grande-Synthe, parrainé par l'AFEJI
- **La Renouée**, à Bruay Sur Escault, parrainé par association adhérente à la fédération des Croix Marine du Valenciennois

Il existe un GEM dans le Pas de Calais à Bruay la Buisnière : « **Echange et partage** », parrainé également par une association adhérente à la fédération des Croix Marine.

Chaque GEM présente une organisation et des principes de fonctionnement différents, il semble cependant important de pouvoir illustrer l'objet de ce nouveau type de structure. Voici par exemple ce qui a pu être observé et recueilli lors d'une visite au GEM Nord Mentalité :

Les portes du GEM ouvrent à 14h, les utilisateurs arrivent progressivement, un par un. Chaque jour une personne est chargée de préparer le café, puis tous se retrouvent autour d'une table pour partager ce moment convivial et échanger sur tout et rien. Une fois le café bu, chacun part vaquer à ses activités : activités thématiques proposées par les animatrices, peinture libre, informatique, ou jeux de société... en quelques instants, chacun a trouvé sa place, son occupation.

« On est dans le par et pour les utilisateurs. Il n'y a aucune obligation, mais plutôt de la sollicitation ou de la stimulation. On ne laisse pas les personnes seules dans leur coin, il est donc important de bien connaître leurs goûts, leurs envies afin de leur proposer des choses qui répondent à leurs attentes. [...] je les encourage à trouver une activité sinon les personnes parlent de leurs problèmes et beaucoup ne viennent pas pour ça, mais pour s'en évader. »

Ce GEM connaît une fréquentation de 230 passages par mois, avec 35 utilisateurs différents et 5 personnes présentes tous les jours. Il y a une grande hétérogénéité des personnes : hommes, femmes, de tous les âges, de tous les milieux.

Au-delà des activités proposées en interne les sorties sont fréquentes, selon les événements locaux, au moins une activité par semaine se déroule dans la cité. Mais là encore, les utilisateurs sont libres de la repousser si la majorité d'entre eux veulent faire

autre chose ou si le mauvais temps contrarie leur motivation. Le GEM prend à sa charge les frais de transports en commun afin de ne pas alourdir les budgets déjà particulièrement serrés des personnes, mais demande cependant une légère participation à chaque participant.

Le groupe profite par ailleurs tous les 1ers mardis du mois des musées gratuits. Enfin, le dimanche, journée où les animatrices sont absentes, le GEM continue de fonctionner autour de son président et d'un petit noyau dur.

« - Ici on ne s'apitoie pas sur les gens. Par exemple on travaille sur le look, si un monsieur arrive mal rasé, on a tout le matériel ici pour s'occuper de ça. On leur explique qu'on doit donner une bonne image de soi, ça nous aide à garder la tête hors de l'eau et pour le regard des autres c'est mieux, on est déjà assez stigmatisé comme ça. Dans leurs états ils ne comprennent pas toujours l'intérêt qu'il y a à prendre soin de soi, donc on leur explique.

- On ne fait pas d'atelier d'estime de soi, ça ne suffit pas, c'est des choses qu'on travaille tous les jours, comme ça ou par le biais de nos activités. Quand on fabrique des bijoux, ça nous aide aussi à travailler ça.»

Bien plus que sa fonction occupationnelle, chaque activité constitue donc un support au travail de développement des usagers. Les activités manuelles graphiques, de décoration permettent par exemple aux usagers de redécouvrir un certain esthétisme, une envie de réinvestir son espace et sa vie.... Les jeux également jouent un rôle important. La coordinatrice cite par exemple le cas d'un jeune homme qui présentait de grosses difficultés de lecture et d'écriture. Il s'est lancé dans le scrabble avec d'autres usagers. Les premiers mots ne dépassaient pas deux ou trois lettres, mais au fil des parties, des recherches dans le dictionnaire, cet usager a réussi à développer son vocabulaire et son aisance avec les mots.

L'importance du GEM repose également sur sa fonction d'accompagnement ou du moins de médiation sociale. Il s'agit dans un premier temps d'informer les personnes de leurs droits et devoirs (organisation d'ateliers d'éducation thérapeutique, de débat sur l'AAH...), de les accompagner dans la formulation de leurs envies et projets, puis de les soutenir dans leurs démarches :

« C'est des personnes qui sont fières et maladroites. Par exemple on a une personne qui était ingénieur, aujourd'hui quand elle va à l'ANPE elle se présente encore comme ça à chaque fois malgré ses difficultés, elle se trouve donc décredibilisée. C'est donc bien qu'on puisse l'accompagner et expliquer la situation parce qu'il y a souvent une incohérence dans leurs propos qui peut décourager les accompagnants. Et on veille au grain aussi, que la personne puisse s'exprimer, qu'elle soit bien comprise et qu'elle se fasse respecter. »

Les GEM sont des espaces de soutien et de liberté, chaque usager l'utilise d'une façon et à un rythme qui lui est propre. Certains y viennent comme dans un 'bistrot de quartier', ils passent tous les jours à heure fixe pour faire la causette, boire un café et repartent. D'autres viennent tous les jours, y restent tout l'après midi, et se justifient à chaque absence ou retard.

Le GEM permet d'assurer cette continuité des relations, dans un cadre bienveillant. La persistance du lien fait d'ailleurs partie de ses missions. Dans chacun des GEM visité, une attention particulière est attachée à une absence trop longue d'un usager : les personnes sont rapidement contactées par les animateurs ou coordinateurs.

L'attribution de la gestion des GEM aux associations d'usagers présente l'avantage de garantir leur participation à l'organisation des activités et aux grandes orientations. Cependant, les GEM rencontrés évoquent les difficultés qu'ils peuvent rencontrer :

- La gestion des ressources humaines s'avère parfois délicate comme en témoigne cette présidente : *« C'est difficile de gérer du personnel, on est dans un rapport de force avec deux casquettes : usager et patron. Quand une salariée fait des problèmes, m'envoie des lettres recommandées, c'est difficile, je ne suis pas bien et ça me touche. »* Cette double casquette nécessite également de bien marquer les rôles de chacun, certains salariés pouvant parfois dépasser le cadre de leur compétence, sous-estimant les capacités du président du fait de sa maladie ou de sa fragilité psychique.
La gestion de personnel pose également les problématiques de la formation et du plan de carrière face auxquelles les présidents sont démunis. L'association ou l'organisme parrain semble pouvoir jouer un rôle important à ce sujet en assurant une certaine mobilité à l'animateur ou coordinateur du GEM au sein de ses dispositifs propres.
- La réalisation de la comptabilité et de la gestion financière représente également un aspect problématique auquel tous les GEM n'ont pas encore trouvé de solution.
-
- Le cahier des charges des GEM indique que les groupes doivent compléter le financement DDASS par d'autres ressources, notamment par le biais de diverses subventions (municipales, départementales, européennes), mais à l'heure actuelle 98% des fonds sont versés par la DDASS. La recherche de financement supplémentaire nécessite une connaissance des dispositifs locaux, des fonds d'aide, des procédures de subventionnement que ne maîtrisent pas tous les présidents ou personnels de GEM. La connaissance des circuits de financement d'un coordinateur de GEM a par exemple permis d'enrichir les ressources d'un groupe par deux subventions municipales (service personnes handicapées et politique de la ville), par un financement DRAC pour un atelier d'écriture... Mais ce type de financement, nécessitant un temps, un investissement, une connaissance des dispositifs et une bienveillance municipale reste malheureusement très peu développé.

De nombreuses équipes des secteurs de psychiatrie valorisent l'existence de ces dispositifs complémentaires et orientent fréquemment les personnes stabilisées vers eux. Les psychiatres privés y ont également trouvé un relais pertinent à leur prise en charge. Mais les retours de certains professionnels médico-sociaux ou d'usagers laissent entrevoir que le rapport aux GEM reste teinté de concurrence :

La présidente d'un GEM en témoigne ainsi :

« Je continue à aller au CATTP régulièrement, mais quand je suis devenue présidente, les infirmières du CATTP m'ont fait de mauvaises réflexions, elles me disaient 'ça y est maintenant que tu es présidente de GEM t'es guérie, ça ne sert plus à rien que tu viennes en CATTP' c'est des choses qui font mal quand on les prend en pleine figure. »

Un cadre de santé, quant à lui évoque les réticences qu'il a pu avoir vis-à-vis des GEM de cette manière :

« Il n'y a pas de concurrence avec le médico-social, mais on a eu une inquiétude au départ avec les GEM. Sur le papier c'est comme un CATTP, on s'est dit que les CATTP portaient vers l'associatif. Comme si le politique voulait que la psychiatrie abandonne toute la partie ambulatoire pour la confier au secteur associatif. Il y a différents signaux de la part de l'état qui nous inquiètent. »

Les GEM semblent donc cristalliser une tension palpable chez beaucoup de professionnels sanitaires face à la montée en puissance du secteur associatif, médico-social dans la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique.

Il apparaît également que malgré leur développement, les particularités et plus-value des GEM, à savoir l'entraide mutuelle et l'indépendance vis-à-vis du soin, restent mal connues par les acteurs. Divers projets sont d'ailleurs actuellement soutenus par des équipes soignantes, mais la DDASS, administration de tutelle, reste très vigilante à ce sujet :

« Certains parrains sont trop impliqués, il faut bien marquer la distinction entre un GEM et un club thérapeutique, les EPSM essaye de transformer les GEM en club, alors qu'un GEM est fait pour sortir des murs de la psychiatrie. Croix Marine a du mal à accepter d'être un simple parrain, mais on ne peut pas être dans le soin la journée et être coordinateur d'activités le soir, on ne peut pas avoir cette double casquette. Et puis l'objectif d'un GEM c'est de se sentir bien, ce n'est pas le soin. »

La place des GEM dans le champ de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique se construit donc progressivement, au croisement du sanitaire et du médico-social. Ils constituent des lieux sécurisants où la personne, sans être renvoyée à un statut de patient ou d'utilisateur est accompagnée dans un parcours de réappropriation de son statut de citoyen.

4.4 L'INSERTION PROFESSIONNELLE

44 a. Les dispositifs et établissements adaptés

L'insertion professionnelle reste aujourd'hui difficile pour de nombreuses personnes en situation de handicap psychique du fait de la gravité de leur maladie, du poids des effets secondaires ou de la stigmatisation. Pourtant l'accès à une activité salariée contribue à la création d'un environnement dynamique, valorisant et source de lien social qui peut influencer positivement l'évolution de la maladie. Il convient donc d'encourager tant que possible la formation et l'accès à l'emploi des personnes qui en sont en capacité.

A l'heure actuelle, le milieu adapté (pensé en majorité à destination des personnes en situation de handicap physique ou mental) reste réticent face à l'accueil des personnes en situation de handicap psychique. D'une part, par crainte face au risque de décompensations imprévisibles des personnes, par méconnaissance, mais également parce que les établissements estiment ne pas être en capacité d'accompagner correctement ce public spécifique, qui nécessite un accompagnement renforcé.

Face à l'absence de réponses institutionnelles, des secteurs de psychiatrie ou des associations se sont mobilisées et ont créés des réponses alternatives, à même de prendre en compte les spécificités de ce handicap dans le cadre professionnel : à savoir le besoin d'un accompagnement individuel important, la préférence pour le travail hors murs plus qu'en institution spécialisée, ainsi que le respect des capacités intellectuelles des personnes.

- Le secteur 59 G21 a initié un projet d'**ESAT Hors murs « ETIC »** (Etablissement de Travail Intégré dans la Cité), qui a ouvert ses portes le 1^{er} mars 2008. Il est géré par l'EPSM Lille Métropole, mais reste un établissement intersectoriel, disposant d'une autorisation pour 15 ETP. Par le biais de mises à disposition, il accompagne des personnes en situation de handicap psychique sur des postes à temps partiel ou complet dans des collectivités locales ou des associations. ETIC reste donc l'employeur des personnes et leur propose un accompagnement socio-éducatif et médical. Ce dispositif s'adresse à des personnes stabilisées, orientées par leur médecin psychiatre, ayant réalisées une période d'évaluation au CAVA⁴³ de Fâches Thumesnil et disposant d'une reconnaissance MDPH de travailleur handicapé.
- Dans le même secteur, un **chantier thérapeutique** a été créé afin de permettre aux patients stabilisés et orientés par leur médecin psychiatre de faire leurs premiers pas vers le retour à l'emploi. Ces chantiers, sur la base du volontariat et du bénévolat pour l'heure actuelle, ont pour objectif de rénover les appartements associatifs du secteur tout en travaillant sur les gestes professionnels et le développement de compétences.
- Dernier dispositif du secteur 59G21 : le **DISPH**⁴⁴. Ce dispositif sectorisé et financé par l'AGEFIPH propose aux patients un parcours d'insertion socioprofessionnelle personnalisé. Définition de projet professionnel en centre de formation puis validation lors de stages en entreprises, il s'agit ensuite d'accompagner la personne vers une formation qualifiante ou vers un emploi dans le milieu adapté ou ordinaire au sein de municipalités, de collectivités locales ou d'associations partenaires.

⁴³ Centre d'Adaptation à la Vie Active

⁴⁴ Dispositif d'Insertion Socioprofessionnelle en direction des Personnes Handicapées

- L'envol dunkerquois, association affiliée à l'UNFAM a créé à Loon Plage un atelier d'insertion professionnelle, « **le Pain de l'Espoir** », qui accueillait des personnes en situation de handicap psychique et des RMIstes en très grande précarité. Ce dispositif deviendra en janvier 2009 un ESAT, géré par l'AFEJ qui réservera 30 à 40% de ses places aux personnes souffrant de maladie mentale.
- L'ADAPT, association traditionnellement gestionnaire d'établissements dans le champ du handicap physique vient de voir validé par le CROSMS son projet **d'ESAT Hors Murs** pour personnes en situation de handicap psychique. Il aurait une capacité de 7.5 ETP avec des personnes mises à disposition en entreprise et des personnes prise en charge en amont en atelier de redynamisation.

Parallèlement à ces dispositifs spécifiques, le **CLRP**⁴⁵ a lancé en 2007 un stage de pré-orientation d'observation à destination des personnes en situation de handicap psychique. D'une durée de 6 semaines, ce stage a pour objectif d'évaluer l'employabilité ou l'aptitude des personnes à intégrer une formation. Souple et adapté aux besoins des personnes, il représente une passerelle vers un second stage de pré orientation classique et mixte qui permettra ensuite aux personnes d'élaborer un projet de retour vers l'emploi avec un objectif précis.

Lancé sur la base d'un partenariat avec deux secteurs de psychiatrie, l'objectif de ce dispositif est de permettre à des personnes stabilisées, qui ont des qualifications et ont déjà travaillé de s'engager dans une dynamique d'emploi dès la sortie d'une phase aigüe de soin, comme en témoigne le directeur du CLRP :

« Il y a longtemps que je voulais créer des passerelles entre le sanitaire et le médico-social, je voyais bien que les gens arrivaient trop tard chez nous et qu'ils étaient déjà totalement désinsérés. Il fallait qu'ils puissent arriver dès la sortie des soins. »

Ce dispositif dispose à l'heure actuelle de 6 places et d'une liste d'attente de 50 personnes. Le CLRP souhaiterait d'ici 2010 passer à une capacité de 18 places, entre autre par le redéploiement des moyens d'une section en cours de fermeture. Mais ce projet nécessitera des moyens humains et financiers supplémentaires dont ne dispose pas le CLRP dans l'immédiat.

44 b. L'accès au milieu ordinaire de travail

Depuis plusieurs années, l'AGEFIPH se mobilise face à la question de l'insertion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap psychique, notamment par le biais du dispositif THEMPO. Ce dispositif s'adresse aux personnes ayant une reconnaissance Travailleur Handicapé délivrée par la CDAPH, bénéficiaire d'une pension d'invalidité de 1^{ère} ou 2^{ème} catégorie ou d'une rente Accident du travail pour une IPP supérieure ou égale à 10%. Les personnes doivent également être inscrites à l'ANPE comme demandeuses d'emploi et être suivies par un secteur de psychiatrie public ayant validé la pertinence d'entamer un parcours d'insertion professionnelle. L'orientation vers THEMPO se fait via les Cap Emploi, l'ANPE et les Missions Locales, prescripteurs exclusifs. Il se décline en trois étapes :

- **Une phase de diagnostic** : d'une durée de trois mois, elle est réalisée par une UTE⁴⁶, elle permet de vérifier lors d'entretiens individuels (7x1 heure) et d'ateliers collectifs (30 heures)

⁴⁵ Centre Lillois de Rééducation Professionnelle

⁴⁶ Unité Territoriale d'Evaluation : 8 UTE couvrent 9 bassins d'emploi de la région, il s'agit d'institut de formation ou d'accompagnement de droit commun formés et labellisé par l'AGEFIPH (SAS Formation, ANITA, INSTEP,...)

un certain nombre de pré-requis à un parcours d'insertion professionnelle. Il s'agira entre autre de s'assurer que la personne ne se trouve pas en prise à d'autres difficultés qui pourraient fragiliser son parcours (problèmes familiaux, logement, mobilité), mais également d'observer son comportement en groupe, de repérer des difficultés relationnelles ou d'addictions. Au terme de cette première étape 52% des personnes poursuivent sur la seconde phase.

- **Une phase d'évaluation** : toujours réalisée par une UTE, elle a pour objectif d'évaluer grâce à l'outil TACTIS⁴⁷ l'impact des troubles résiduels des pathologies et des traitements sur la fonction travail. Cet outil d'évaluation comprend 29 items spécifiques qui seront évalués en salle ou sur table puis lors de mises en situation. Il permet d'analyser l'ensemble des capacités ou fonctions humaines qui peuvent être mises à mal par la maladie mentale ou les traitements :

- Les capacités cognitives : repères spatio-temporels, sens tactile, vitesse d'idéation, mémorisation, assimilation des consignes, connaissances scolaires, capacités d'apprentissage.
- Les capacités techniques : résistance à l'effort, coordination gestuelle, vitesse motrice, dextérité manuelle, aptitudes techniques
- Les capacités de relations sociales : relations interpersonnelles, indépendance sociale, acceptation des lois et des règles, sens de l'organisation, rapport à la hiérarchie
- Les capacités d'autocontrôle : vigilance, impatience, autonomie professionnelle, curiosité, gestion des frustrations et du stress, auto-évaluation.

De par la richesse des items pris en compte, TACTIS représente un outils de traduction du handicap psychique en terme d'incapacités très pertinent. C'est sur la base de cette évaluation et d'un stage en entreprise de 70h, que pourra par la suite être défini un projet professionnel compatible avec le handicap. A l'issue de cette phase, 86% des personnes bénéficieront d'un accompagnement vers et dans l'emploi. D'autres seront réorientées vers le milieu adapté ou retourneront vers le soin.

- **La phase d'accompagnement** : dans le cadre d'une UTE ou d'un Cap Emploi, les personnes sont accompagnées par un référent unique et spécialisé dans le handicap psychique. Elles sont suivies individuellement dans le cadre de leur parcours d'insertion (formation, recherche d'emploi) puis dans l'emploi. D'une durée moyenne de 18 mois, elle peut être prolongée au besoin pour pérenniser l'insertion dans l'entreprise.

En 2007, 166 personnes ont bénéficié de la phase diagnostic, 78 de la phase évaluation et 228 (cumul) de l'accompagnement. En majorité des hommes, âgés de plus de 26 ans. La plupart des participants étaient atteints de maladie mentale telle que la schizophrénie, les troubles bipolaires, et à la marge quelques personnes souffrant de dépressions lourdes.

La force de ce dispositif repose sur les partenariats qu'il engage. Très régulièrement, dans le cadre de comités de suivi locaux, les acteurs des secteurs de soin, de l'insertion socioprofessionnelle, la MDPH, l'ANPE, l'AGEFIPH, les tuteurs...se réunissent afin de poser un regard et un langage commun sur les personnes en cours de parcours et d'évaluer les solutions les plus pertinentes.

⁴⁷ Test d'Aptitude et de Compétence au Travail, outils créé par le CEPPEM de Lorient

44 c. Les spécificités de l'insertion professionnelle dans le milieu ordinaire des personnes en situation de handicap psychique.

Le bilan de ce dispositif et le témoignage des professionnels qui concourent à sa mise en œuvre sont riches d'informations quant à la spécificité des besoins d'accompagnement et des parcours d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique dans le milieu ordinaire de travail :

- Il apparaît que l'accompagnement dans l'emploi est indispensable, pour la personne tout comme pour son employeur. A titre d'exemple, le référent en lien avec le secteur de soin, le tuteur et les travailleurs sociaux dispose d'informations sur l'état de la personne et peut donc prévoir en cas de risque de décompensation un arrêt de travail et ainsi éviter toute situation conflictuelle avec l'employeur.
Il permet également d'éviter le surinvestissement dont témoignent nombre de personnes au début de leur contrat et les conséquences fâcheuses qu'il peut produire. En effet, il arrive fréquemment que les personnes se disent « *puisque je travaille, je suis guéri, je vais faire mes preuves* », pour cela, elles se surinvestissent, enchaînent les heures supplémentaires et tentent de devenir « *l'employé modèle* ». Mais ce rythme n'est supportable qu'un temps et peut conduire à une décompensation. L'employeur de son côté peut se sentir abusé et mettre fin au contrat. Il y a donc un réel enjeu dans les premiers mois d'emploi pour la pérennité de l'insertion dans l'entreprise, le référent permet donc de veiller à ce que celle-ci se fasse de manière raisonnable, et à ce que les attentes et envies restent dans le champ du possible. Le dispositif THEMPO propose un accompagnement dans l'emploi de 18 mois, mais il n'est pas rare que celui-ci se poursuive plus longtemps en fonction des besoins.
- Afin de favoriser la qualité de l'insertion dans l'entreprise, il existe des adaptations des postes de travail qui permettent de compenser les troubles résiduels des personnes : il s'agira par exemple de partir sur des temps partiels afin de prendre en compte la fatigabilité des personnes, de rédiger des fiches actions pour les personnes présentant des troubles de la concentration ou de la mémoire....
- Traditionnellement, les personnes en situation de handicap psychique s'orientaient plus vers des métiers administratifs, qui ne nécessitaient pas trop d'interactions sociales. Mais le bilan du dispositif THEMPO laisse apparaître que même si la prédominance de ceux-ci reste exacte, les projets professionnels se diversifient et s'orientent d'avantage vers les métiers porteurs dans les bassins d'emploi :
 - 25% des personnes se sont orientées vers des postes administratifs
 - 12% vers l'horticulture, les espaces verts et l'agriculture
 - 10% vers les métiers de l'industrie (production, conditionnement, manutention)
 - 9% vers les métiers de services aux personnes et aux collectivités.
- De par la maladie mentale, l'insertion professionnelle via un CDI est délicate pour les personnes, trop vaste, ce contrat sans fin génère de l'insécurité. Nombre d'entre elles préféreront des CDD ou contrat d'intérim dont les dates de début et de fin d'emploi cadrent le temps et permettent de planifier l'investissement et les efforts à réaliser. De la même

manière, le rythme d'emploi s'en trouve allégé, il permet de faire des pauses, de prendre du repos, entre différents contrats.

- Enfin, il semble indispensable d'articuler d'avantage milieu ordinaire de travail et milieu adapté : deux voies complémentaires, qui, selon l'AGEFIPH permettraient en étant plus perméables de s'adapter au mieux aux besoins fluctuants des personnes en situation de handicap psychique. Les plus values :
 - Les ESAT ont des difficultés à faire accéder leurs usagers au milieu ordinaire, le dispositif THEMPO pourrait donc constituer un mode d'évaluation et d'accompagnement supplémentaire
 - Et inversement, il est important que des personnes qui sont lancées dans une dynamique d'insertion professionnelle mais qui au terme de l'évaluation n'apparaissent pas en capacité de travailler dans le milieu ordinaire dans l'immédiat puissent facilement trouver une activité dans le milieu adapté.

4.5 LES CONDITIONS DE RESSOURCES

Les personnes en situation de handicap psychique peuvent bénéficier de diverses ressources : l'AAH mais également des prestations issues du droit commun : salaire, indemnités journalières d'arrêt maladie, pension d'invalidité, RMI...

Une enquête menée auprès de près de 5000 adhérents de l'UNAFAM en 2004 sur les modes d'accompagnement de leurs proches⁴⁸ laisse apparaître que :

- 64% d'entre eux touchent l'AAH (dont 72% à un taux supérieur à 80%)
- 18% une pension d'invalidité
- 6% le RMI
- 13% d'entre eux ont des ressources issues du travail (protégé ou en milieu ordinaire, indemnités chômage)

28% des familles interrogées déclarent également fournir des ressources à leurs proches.

Ces données permettent de témoigner des situations vécues par les proches d'adhérents de l'UNAFAM, elles doivent cependant être relativisées. A titre d'exemple, l'importance du taux de personnes bénéficiant de l'AAH est à mettre en lien avec l'information qui est apportée aux parents adhérents et au militantisme de l'association pour faire reconnaître le handicap produit par la maladie mentale.

De manière générale, il apparaît clairement que les personnes en situation de handicap psychique évoluent avec de très faibles revenus, comme en témoigne ce directeur d'association tutélaire :

« On a de plus en plus de mal à équilibrer les budgets. On a beaucoup de petites ressources et c'est difficile quand en face le coût de la vie augmente et que les médicaments ne sont plus remboursés. On doit souvent réduire la part de budget pour l'alimentation pour pouvoir faire face aux charges. »

Les professionnels ont par ailleurs soulevé la problématique particulière des jeunes de moins de 25 ans qui ne peuvent pas encore bénéficier du RMI, et pour lesquels les médecins sont réticents à faire une demande d'AAH de peur d'enfermer trop tôt les personnes dans un statut de personnes handicapées. Les structures d'accompagnement se retrouvent donc bien souvent démunies face à ce public : comment construire un projet individuel, un projet d'autonomie sans pouvoir s'appuyer sur un minimum de ressources ?

⁴⁸ Dossier : Les premiers résultats de l'enquête auprès des adhérents de l'UNAFAM en janvier 2004 sur le mode d'accompagnement de leurs proches. In Un autre regard, N°1/2 2004

4.6 LA PROTECTION JURIDIQUE

La très grande majorité des personnes en situation de handicap psychique bénéficient aujourd'hui d'une protection juridique, la plupart sous la forme de curatelle renforcée puis de tutelle. Cette protection juridique est souvent indispensable pour diverses raisons :

- Les personnes en situation de handicap psychique ont souvent de grandes difficultés à gérer un budget et à assurer les démarches administratives nécessaires à la vie en autonomie.
- Vulnérables, elles ont également des difficultés à faire respecter leurs droits, et peuvent se laisser abuser (squat, sectes, démarchage commercial...), les délégués à la tutelle jouent donc un réel rôle de protection, comme en témoigne ce directeur d'association tutélaire :

« On a un vrai rôle de protection et de respect des droits, par exemple si une personne se fait expulser ou si son propriétaire résilie son bail, on s'assure que ça se fait dans le respect de ses droits.[...] Après on a aussi beaucoup de personnes vulnérables qui laissent entrer des gens chez elles, dans ce cas là on doit aller faire un dépôt de plainte. On passe beaucoup de temps dans les commissariats car se sont aussi des personnes influençables qui peuvent parfois se mettre dans des mauvais coups. »

Parallèlement aux services de tutelle traditionnels tels que l'ATI, l'AGSS de l'UDAF, le SIP... il existe différents services spécifiquement dédiés aux personnes en situation de handicap psychique : les services de gestion de biens des EPSM, le SAST Croix Marine (sur le Valenciennois), l'association Ariane.

Cette association tutélaire spécialisée dans ce champ est issue d'une volonté commune de l'UNAFAM, des secteurs de soins, d'Interval et de l'ATI afin de répondre aux nombreux besoins lors des sorties massives des hôpitaux psychiatriques :

- Accompagner la sortie de ces personnes, qui avaient vécu l'hospitalisation chronique et n'étaient pas en état de répondre aux exigences administratives liées à la vie dans la cité
- Ouvrir les droits sociaux, favoriser l'accès à des ressources
- Protéger ce public vulnérable face au déni de droits

L'association Ariane accompagne aujourd'hui 2800 majeurs protégés dans les 9 délégations de la région (hors Avesnois).

Sur les 2800 personnes suivies par Ariane, 63% bénéficient de mesures de curatelle renforcée, 28.6% de tutelles, 5% de curatelle simple et environ 70% d'entre elles vivent en autonomie, même si toutes n'en possèdent pas les capacités. Ces proportions sont proches de celles que l'on trouve au SAST Croix marine de Valenciennois qui suit environ 300 majeurs protégés.

Les délégués de ces associations tutélaires spécialisées suivent en moyenne une quarantaine de personnes, cette charge de travail importante rend bien souvent impossible un accompagnement individualisé et de proximité dans la gestion et la consommation, comme le regrette ce représentant d'utilisateur :

« Trop souvent, les mesures de tutelles emprisonnent les personnes dans un système de privation individuelle. Elles vivent d'humiliation et de privation, c'est dévalorisant et ça ne les aide pas à aller mieux. Le rôle d'un tuteur, ce n'est pas juste de limiter les sommes

d'argent données, mais c'est aussi d'expliquer comment consommer, de conseiller. Il doit y avoir plus d'accompagnement dans les démarches d'achat. »

Observateurs des lacunes du système d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique et réceptacles des plaintes diverses et variées, les délégués à la tutelle témoignent de différentes difficultés:

- Le manque de place en structure d'accueil et d'hébergement. Cette problématique se pose plus particulièrement pour les personnes atteintes du syndrome de Korsakoff, de moins de 60 ans pour lesquelles aucune solution institutionnelle n'existe et le logement en autonomie n'est pas adéquat. De ce fait, de nombreuses personnes pourtant placées sous protection juridique vivent aujourd'hui dans la rue faute de solutions alternatives.
- Enfin, une certaine méconnaissance du rôle et des pouvoirs des délégués à la tutelle font que ces derniers sont amenés à faire face à des demandes qui dépassent leur champ de compétence : *« Une fois un élu m'a sollicité à plusieurs reprises, il insistait pour que je fasse déménager une personne qui selon lui causait trop de problèmes dans sa commune. Très régulièrement on doit gérer des demandes comme ça face auxquelles on n'a aucun pouvoir, on doit souvent rappeler nos missions et nos limites. »*
- L'ensemble des associations déplore également le fait que les personnes qui sortent d'hospitalisation sont encore souvent très vulnérables pour pouvoir être livrées à elles-mêmes.
- En cas de rupture de soins, les délégués à la tutelle se retrouvent bien souvent démunis. La personne n'est pas en demande de soin, les équipes soignantes n'interviennent donc pas, mais sa famille et parfois les bailleurs (en cas de dégradation du domicile ou de trouble du voisinage) attendent une solution. Il convient donc de pouvoir s'appuyer des modalités de travail en commun et des stratégies d'intervention avec les secteurs de psychiatrie pour des situations comme celles-ci.

En effet, à la suite d'un meurtre et de diverses agressions de délégués à la tutelle au milieu des années 90, la préfecture a chargé les deux DDASS de la région de constituer des groupes de travail afin d'améliorer le partenariat dans le champ de la santé mentale. Ces groupes ont rédigés un ensemble de principes relatifs à l'accompagnement des personnes souffrant de maladies mentales. Le document stipule :

« Préambule : Lors d'une décision de mise sous protection par le magistrat et durant l'exercice de cette mission, l'articulation et la collaboration sont souhaitables et nécessaires entre les secteurs de psychiatrie concernés et les associations tutélaires désignées. La mesure de protection, dans sa spécificité, s'inscrit dans le projet thérapeutique.

1^{er} Principe : L'association tutélaire désignée par le magistrat responsable de la mesure de protection informe par écrit le médecin chef du secteur de psychiatrie générale de cette mesure, en vue d'un travail en partenariat

2^{ème} Principe : L'association tutélaire désignée par le magistrat prend contact avec l'assistant de service social, coordinateur privilégié du secteur de psychiatrie, désigné comme correspondant du secteur. Il est à ce titre chargé d'organiser les rendez-vous nécessaires tant médicaux que paramédicaux, afin d'assurer la concertation indispensable.

3^{ème} principe : Il importe que les associations tutélaires soient systématiquement informées des entrées, des projets de sortie et des sorties, à l'essai ou définitives, en vue d'organiser la prise en charge matérielle et sociale de la personne.

4^{ème} principe : La collaboration doit se poursuivre le temps de la mesure de protection. Lorsqu'un problème médical d'ordre psychiatrique se pose, l'éventualité d'une prise en charge dans le cadre des structures extrahospitalières ou d'une réhospitalisation (qui ne peut s'envisager que dans les formes légales : demande de la personne, HDT, HO) sera étudiée en concertation avec l'équipe soignante. »

Les décrets d'application de la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs viennent juste de paraître. Il s'agira donc de porter une attention particulière aux modalités d'accompagnement social qui pourront être développées dans ce nouveau cadre légal.

4.7 L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Face aux incapacités produites par la maladie, l'accompagnement social est un support indispensable au rétablissement et à l'épanouissement des personnes. Cependant, sa mise en œuvre et son efficience nécessitent différents éléments : une solide stabilisation et un bon étayage sur lequel pourra s'appuyer l'accompagnement et l'acceptation par la personne de l'intervention du service d'accompagnement, comme en témoigne ce chef de service du SAVS Interval :

« Nous ici on ne touche pas les personnes les plus malades, on travaille avec ceux qui supportent notre intrusion. On ne peut pas aller chez ceux qui sont dans le déni, ou chez les grands schizophrènes. Quand ils ne veulent pas de notre accompagnement on ne peut rien faire. On travaille surtout avec des psychotiques.[...]Quand certaines personnes ne veulent pas nous recevoir chez elles, on se rencontre à la Belle Journée par exemple ou dans un bistrot. [...] On a eu un homme comme ça, sa famille voulait absolument qu'on intervienne mais lui n'était pas prêt, il n'a pas supporté notre intrusion à son domicile. Lorsqu'on est parti il nous a accompagné gentiment, c'était vraiment qu'il ne pouvait pas supporter notre entrée chez lui. [...] En général, la demande d'accompagnement dépend à la fois du passage ou non en institution, au cours duquel les personnes ont pu constater l'intérêt de cet accompagnement et de l'âge. Avant 40 il y a une grande souffrance, il faut faire le deuil de ses projets, il faut renoncer à ses rêves. Après 40 ans il y a plus de maturité dans la maladie, on peut reconstruire d'autres choses, d'autres projets. »

Ce professionnel témoigne également de la nécessaire adaptation des modalités d'accompagnement aux spécificités du handicap psychique :

« Ce qu'on leur propose, ce n'est pas un contrat, on essaye de les sortir de cette logique car sinon on court à l'échec à cause des variations du handicap. Fixer des objectifs à atteindre à quelqu'un qui est dans la souffrance, dans le deuil de ses rêves, c'est difficilement supportable, on n'a pas de but à atteindre pour valider l'insertion. On dit aux personnes qu'on s'engage à venir autant de fois par semaine chez elles (en général une fois par semaine, plus si la personne va mal), et eux peuvent venir ici pour la permanence ou appeler. L'accompagnement doit aussi pouvoir s'interrompre à la demande de la personne et être repris ultérieurement. »

L'expérience du SAVS Interval, spécialisé dans le champ du handicap psychique, peut nous permettre d'analyser les besoins et les modalités d'accompagnement propres à ce public.

Le SAVS a accompagné en 2007 43 personnes, dont 84.1% vivant en logement autonome. Dans le cadre de son rapport d'activité, le service a distingué et quantifié différents types d'accompagnement qui constituent l'ensemble de son activité annuelle et rendent compte des différents types de besoins et demandes des usagers :

69 % des accompagnements avaient trait à la vie relationnelle
Activités permettant d'étoffer la vie sociale : animations, sorties, repas d'anniversaire... Médiation avec l'environnement familial (médiation conjugale, soutien à la parentalité...), le voisinage...
14% des accompagnements concernaient l'occupation du temps (activité, travail, sortie...)
Mise en relation ou accompagnement pour constituer des dossiers d'orientation en ESAT, pour des stages d'évaluation... Repérage des itinéraires pour se rendre à une activité, à un stage...
9% des accompagnements consistaient en un soutien dans la vie quotidienne
Stimuler la personne dans l'entretien de son domicile, dans ses courses alimentaires
5% des accompagnements concernaient un soutien dans la prise en charge de la santé
Accompagnement pour des rendez-vous médicaux potentiellement angoissants (dentiste, gynécologue..)
2% des accompagnements visaient un soutien dans la gestion des ressources
Soutien pour des achats importants comme des meubles, des vêtements...
1% des accompagnements étaient un soutien pour la prise en charge de difficultés d'ordre administratives
Expliquer les courriers, dédramatiser certaines requêtes administratives, renvoyer vers le tuteur en cas de difficultés telles que la perte de carte d'identité ou de factures imprévues...

Les objets des accompagnements sont donc particulièrement divers et s'adaptent avant tout aux besoins particuliers et personnels des usagers, dont voici quelques exemples :

- Le SAVS accompagne un homme de 42 ans qui après de nombreuses hospitalisations tout au long de sa vie vit aujourd'hui seul dans un appartement et travaille à temps complet en ESAT. Cette activité ainsi que les efforts qu'il mobilise pour suivre le rythme de travail mobilisent toute son énergie, il connaît donc de grandes difficultés dans l'organisation de sa vie quotidienne. Le SAVS intervient donc en soutien dans l'entretien et l'aménagement de son logement et travaille en lien avec une aide ménagère qui intervient 2h tous les 15 jours. Le service joue aussi un rôle de stimulation dans les actes de la vie quotidienne, d'organisation dans le suivi médical (prise de rendez-vous mensuelle pour des prises de sang, rappel des différents rendez-vous médicaux), mais également de relais avec l'ensemble des partenaires (CMP, ESAT, délégués à la tutelle, association d'aide à domicile).
Cet accompagnement prend la forme de 3 visites à domicile par quinzaine et d'accompagnements exceptionnels pour des achats vestimentaires par exemple.
- Le service accompagne un autre homme de 42 ans. Jusqu'ici malgré l'existence d'un logement personnel, il partageait son temps entre le domicile de sa mère et le CATTP. Celle-ci partant en maison de retraite, il s'agit donc d'accompagner ce monsieur dans le réaménagement de sa vie et la réappropriation de son domicile. Ce projet d'accompagnement était au départ porté par la famille de monsieur, aujourd'hui pleinement acteur du projet, il sollicite le service plus clairement. Il s'agit donc de le soutenir d'un point de vue relationnel, dans l'investissement de son logement, l'organisation d'un nouveau rythme de vie, mais également dans l'utilisation des transports en commun pour faciliter ses déplacements. Pour cela, une visite hebdomadaire est assurée, ainsi que quelques accompagnements ponctuels en fonction des démarches à réaliser et des besoins de cet homme. Les partenaires : la sœur de ce monsieur, l'équipe du centre de soin fréquenté.

- Le SAVS accompagne enfin une femme de 48 ans qui au terme d'un passage au foyer Interval a pu réaliser son projet de vivre en autonomie. Elle vit aujourd'hui seule dans un appartement autonome, bénéficie d'une mesure de protection juridique et suit de manière très irrégulière les activités proposées par le service d'accueil de jour d'Interval. L'accompagnement proposé consiste avant tout à assurer un lien social. Cette dame est autonome dans la vie quotidienne, mais a tendance à s'isoler, elle ne voit personne hormis les infirmiers du CMP. Une visite à domicile hebdomadaire est donc planifiée afin de maintenir ce lien, d'accompagner le suivi du traitement et des activités extérieures qui lui sont proposées. Le partenariat autour de cette dame réunit les infirmiers du CMP, le service d'accueil de jour, le délégué à la tutelle.

Ces trois exemples illustrent la diversité des besoins d'accompagnement dans le cadre du handicap psychique, mais également leur importance pour le maintien à domicile des personnes. Ces besoins peuvent sembler recouper des prestations qui sont normalement dévolues à d'autres acteurs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux. Mais dans les faits, la saturation de certains dispositifs ou bien leur coût font que cet accompagnement ne peut pas toujours être effectué.

Pourtant, cet accompagnement est indispensable pour :

- Le maintien d'un cadre de vie sain et agréable (entretien, hygiène, menues réparations)
« On a l'exemple d'un monsieur, son évier fuyait, il est resté comme ça dans l'eau plusieurs jours. C'est des personnes qui savent faire mais qui sans accompagnement ou stimulation ne feront pas. »
- Préserver l'inscription dans un parcours de soin, dans une dynamique sociale
- Assurer un lien social, un contact humain fondamental et lutter contre l'abandon, l'isolement dans la cité.

Autant de facteurs environnementaux qui influencent l'état de la personne et peuvent permettre, s'ils sont sauvegardés de limiter les rechutes ou hospitalisations.

L'évaluation sur 5 ans du SAD de Dunkerque (issu d'un partenariat datant de 1998 entre l'EPSM des Flandres, l'UNAFAM et l'ADAR) montre en effet que depuis que le service a été créé :

- Les patients sont davantage assidus aux activités thérapeutiques
- Les infirmiers sont soulagés dans leur travail au quotidien et peuvent se recentrer sur le suivi thérapeutique
- L'hygiène du linge et des locaux s'est améliorée
- Les liens sociaux et les sorties à l'extérieur se sont développées
- Les patients témoignent d'un mieux-être psychique (reprise de confiance en soi, diminution des angoisses, apprentissages progressifs...)
- Le temps d'hospitalisation moyen pour l'ensemble des patients est passé de 55 jours par an à 21 jours depuis l'intervention du SAD.

La plus value de ce type d'accompagnement social est donc évidente : son intensité et sa quantité sont relativement faible, mais sa nécessité est cruciale.

Cet accompagnement indispensable doit donc pouvoir s'adapter à la variabilité de l'état et des besoins de chacun : une personne peut avoir besoin d'un soutien très lourd à la suite d'une hospitalisation et voir ses besoins d'accompagnement rapidement diminués par la suite.

Pour s'adapter à ces fluctuations, les SAVS ou autres services d'accompagnement doivent donc pouvoir s'appuyer sur une organisation et un mode de financement suffisamment souple.

Enfin, un accompagnement de qualité repose également sur la coordination avec la famille et/ou les proches de la personne. Il s'agit en effet en fonction du projet individuel de la personne de définir ensemble une répartition des rôles cohérente et respectueuse de l'évolution de la personne et de son autonomisation :

« Le concours de la famille est essentiel. Si on arrive à bien travailler avec une personne sur l'autonomie, qu'elle fait des progrès, mais que quand elle rentre chez elle les parents continuent à l'infantiliser, à tout faire, on a tout perdu et on peut recommencer à zéro. »

Un groupe de travail s'est constitué sous l'impulsion de l'UNAFAM. Il regroupe des représentants d'associations ou de services d'accompagnement ainsi que des professionnels socio-éducatif et sanitaires des secteurs de psychiatrie roubaisiens. L'objectif de ce groupe est à la fois de définir conjointement les missions d'un SAVS pour personnes en situation de handicap psychique et d'analyser les moyens mobilisables pour la création de tels services sur le territoire de la ville de Roubaix.



PARTIE V : DES ANALYSES TERRITORIALES

- 5.1 « Les terres Dunkerquoises »**
- 5.2 « Bruay la Buissière et le bassin minier »**
- 5.3 « La banlieue Est de Lille »**
- 5.4 « Les 3 secteurs du Cambrésis »**
- 5.5 « Le bassin Arrageois »**
- 5.6 Tableaux de synthèse**
- 5 7 Analyse croisée**

Une fois les dispositifs présentés, il est intéressant d'observer leur mise en œuvre sur les territoires et les partenariats qu'ils suscitent ou non. Pour cela, une analyse poussée de 5 secteurs de psychiatrie publique a été menée. Elle permet d'illustrer la diversité des offres de soin et d'accompagnement ainsi que des modalités de coordination entre les différents acteurs en présence sur les territoires.

Une vigilance particulière a été apportée tout au long de l'étude et dans le cadre du comité de pilotage afin que les 5 secteurs sélectionnés soient représentatifs de la diversité des problématiques, réalités socio-économiques, géographique que l'on peut trouver à l'échelle régionale.

Le choix de l'échelle des territoires expertisés a quant à lui soulevé nombre de questions. L'idée de départ était de partir de cette échelle du secteur, mais celle-ci ne correspond pas à l'échelle des bassins de vie, ou à celle du recrutement des établissements sociaux ou médico-sociaux. Cependant il apparaît que le secteur reste le lieu d'amorce de projets ou de dynamiques relatives aux modes d'accompagnement de ce public. Le développement de politique particulière ou non de prise en charge des personnes, de partenariats, repose en effet en grande partie sur l'action et de la politique du médecin chef de secteur.

Cette question territoriale représente donc à elle seule une problématique qu'il s'agira de développer un peu plus loin.

5.1 « LES TERRES DUNKERQUOISES »

Le secteur 59 G02 recouvre un territoire composé de plusieurs petites villes (Capelle la Grande, Petite-Synthe, Bergues, Coudekerque, Wimille). C'est un bassin de vie rural, avec une faible densité de population, assez jeune.

L'équipe du secteur de psychiatrie a accompagné en 2007 une file active de 1374 personnes pour une population globale d'environ 62 000 habitants.

Le secteur 59G02 a une forte identité psychiatrique, de par la proximité de l'EPSM Lille Métropole. L'offre de soin s'organise autour de différentes structures et dispositifs :

- La clinique « Le Nombre d'Or » : lieu d'hospitalisation du secteur, en HL, HO, HDT (30 places), avec une durée moyenne de séjour de 35.4 jours
- L'accueil familial thérapeutique (4 places)
- 2 CMP (avec une file active totale en 2007 de 662 personnes pour le CMP de Dunkerque et celui de Bergues)
- 1 hôpital de jour intersectoriel à Dunkerque
- 1 CATTP à Capelle la Grande et une antenne à Bergues qui ont eu en 2007 une file active de 80 patients
- Création en avril 2008 de 10 appartements thérapeutiques à Bergues dont deux pour l'évaluation en amont avant intégration appart thérapeutique
- Projet de création d'une filière d'insertion professionnelle qui permettrait de travailler à la fois sur l'accès et le maintien dans l'emploi, tout en prenant en compte la fluctuation des troubles. Ce projet repose sur un travail en partenariat entre un infirmier formé à la réinsertion sociale et un médecin de la médecine du travail.
- Le secteur dispose également par le biais de l'association Promouvoir de 25 appartements associatifs et de 4 maisons communautaires.

Parallèlement à ces dispositifs émanant du secteur soignant, les personnes en situation de handicap psychique peuvent bénéficier de l'accompagnement de l'association tutélaire ARIANE. Il existe également à Grande-Synthe (donc en dehors du secteur 59G02) un GEM parfaitement reconnu par les professionnels de la santé mentale, mais son emplacement éloigné pose des problèmes d'accès aux usagers du secteur. Dans l'idéal, le médecin chef souhaiterait pouvoir en créer un dans son secteur. Enfin, le dispositif d'accompagnement vers l'emploi de l'AGEFIPH « THEMPO » quant à lui n'est pas accessible sur le territoire dunkerquois.

Il existe dans ce secteur une profonde volonté de s'inscrire dans une dynamique de partenariat avec les acteurs médico-sociaux du territoire : AFEJI, Papillons Blancs, foyers SONACOTRA.... Celui-ci s'amorce dans un premier temps par le travail de liaison que développent les 2 assistants de service social du secteur de psychiatrie, qui travaillent en amont des fins d'hospitalisation avec les différents partenaires pour préparer au mieux la sortie.

Autre support pour le développement des partenariats: l'ouverture en avril 2008 de 10 appartements thérapeutiques, dont deux pour l'évaluation des capacités d'autonomie. Le secteur de psychiatrie est tout à fait disposé à mettre ces appartements d'évaluation à disposition des services ou établissements médico-sociaux intervenant sur le territoire. Par ce type de partenariats, le secteur souhaite pouvoir dépasser la simple répartition des rôles pour pouvoir enfin croiser les regards, adapter au mieux l'accompagnement des personnes et pouvoir concevoir en amont des trajectoires au sein des différents dispositifs de prise en charge sanitaires et sociaux.

Le médecin chef de secteur soulève pourtant un certain nombre de facteurs qui viennent complexifier ces partenariats :

- Une méconnaissance des acteurs associatifs, socio-éducatifs de l'organisation actuelle des soins psychiatrique : l'image de l'institution asilaire reste forte et génère parfois des réticences chez ces derniers vis-à-vis d'une prise en charge psychiatrique.
- Une absence de supervision pour le développement de partenariats : divers partenaires potentiels existent sur le territoire (l'AFEJI par exemple) pour autant, vers qui se tourner pour les évaluer, les valider et les développer ?
- Les échelles de temps différentes entre le secteur social, médico-social et sanitaire : les besoins des patients en terme de relais suite à l'hospitalisation sont difficilement conciliables avec les temps de traitement administratifs des dossiers au sein de la MDPH
- Des échelles territoriales différentes : les structures médico-sociales souhaitent pouvoir développer des projets intersectoriels alors que le secteur revendique la pertinence du découpage sectoriel : « *comment bâtir des projets communs avec une population et des politiques de secteur différentes ?* »
- Les relations restent difficiles avec les élus locaux, qui ont de grandes réticences à se saisir de la question de la santé mentale.

On note bien dans ce secteur une volonté de développer les partenariats avec le secteur social et médico-social, pour autant un solide travail de sensibilisation, d'échanges sur les pratiques semblent aujourd'hui nécessaire afin de permettre une meilleure lisibilité des dispositifs mis en place par le secteur de psychiatrie.

Le travail en partenariat autour de situations individuelles fonctionne bien, contrairement à d'autres modalités de coordination plus larges comme dans le cadre du réseau précarité-santé mentale, il s'agit donc pour le secteur de développer ce type de pratiques partenariales micro-locales sur la base de problématiques individuelles ou de thématiques particulières. D'autant qu'il revendique la 'pertinence anthropologique' du découpage sectoriel :

« Avec une organisation généralisée, trop large, on nie le facteur anthropologique, on nie l'homme et les spécificités territoriales. On n'est pas des industriels, on doit pouvoir s'adapter, sortir des dogmes et être pragmatiques. [...] Il me semble essentiel de partir des besoins. On doit travailler ensemble sur des situations concrètes, des filières précises : on travaille en amont, on expérimente et on redéploie si ça fonctionne. Par exemple, on part de la situation d'un jeune homme avec des troubles de la personnalité qu'on doit aider à réinsérer professionnellement : on définit ensemble l'ampleur des besoins, on se répartit les rôles, on se lance dans l'expérimentation et on évalue. »¹

Différents acteurs sont d'ores et déjà mobilisés sur le territoire Dunkerquois, notamment dans le cadre du réseau précarité-santé mentale : l'EPSM des Flandres, l'UTPAS, le CCAS, le PACT, l'Association d'Action Educative et sociale, Coordination Accueil et Orientation, le Service de Prévention Santé et l'AFEJI.

Cette dernière association semble au fil du temps prendre une place prépondérante dans la mise en œuvre de dispositifs d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique : parrain du GEM « Atout Cœur » à Grande-Synthe, repreneur de l'ESAT « le pain de l'espoir » et dépositaire d'un projet de FAM pour personnes en situation de handicap psychique à Bourbourg. Elle constitue donc un partenaire pertinent pour le secteur, qui l'a déjà identifié comme tel.

¹ Dr Durand Médecin psychiatre chef de secteur

5.2 « BRUAY LA BUISSIÈRE ET LE BASSIN MINIER »

Le secteur 62G11 se trouve au cœur du bassin minier, sur les communes entre autre de Barlin, Bruay-la-Buissière et Houdain, sur un territoire qui compte 65 000 habitants et présente une file active de plus de 2500 personnes.

Territoire ravagé par la désindustrialisation : la pauvreté intergénérationnelle et la précarité y sont prégnantes. Cette spécificité territoriale, ainsi que ses conséquences notamment en terme d'alcoolisme, viennent influencer l'offre de soin, mais également l'organisation du secteur et les partenariats développés.

En effet, au-delà des pathologies psychiatriques classiques, 25% des consultations et des prises en charge par le secteur de psychiatrie sont en lien avec la problématique de l'alcool. Les équipes sont amenées à prendre en charge des personnes à la suite « *de crises, de violences causées par une alcoolisation massive et non pas dans le cadre de cure pour des personnes socialement insérées* ». Il s'agit donc de prendre en charge la personne dans cette phase aigüe, puis de tenter de susciter une demande de soin par la suite à la sortie de l'hospitalisation. Celle-ci peut se faire par le biais du service d'alcoologie : composé d'infirmière sous la direction d'un psychiatre, il propose aux patients en intra et en extra hospitalier, des groupes de paroles et des entretiens individuels.

Les dispositifs du secteur s'organisent de la manière suivante :

- Une unité d'hospitalisation de 47 lits (+ 2 chambres d'isolement) à l'EPSM de Saint Venant
- Un CMP à Bruay-la-Buissière (file active de 838 patients)
- Un CATTP de 22 places à Bruay-la-Buissière
- Un atelier thérapeutique de 15 places à Bruay-la-Buissière
- Un service de maintien à domicile : assuré par des infirmières du secteur qui à la demande des familles, des médecins, suivent une à deux fois par semaine les personnes à leurs domiciles afin de les aider dans leurs démarches, de les orienter en cas de besoin, de coordonner certaines actions (comme la livraison de repas à domicile).
- Une psychiatrie de liaison avec l'hôpital de Beuvry, la polyclinique « la Clarence » et les maisons de retraite du secteur.

Un projet de rassemblement de ces structures sur la commune de Bruay-la-Buissière est en cours. Il devrait rassembler en 2009 l'ensemble de ces services ambulatoires ainsi qu'un nouvel hôpital de jour de 10 places dans un unique bâtiment. Cette concentration et la problématique de la mobilité qu'elle soulève ont questionné les équipes. Mais à la suite d'expériences de dissémination sur le territoire non concluantes et face à la bonne couverture du territoire par le réseau de transport en commun, il a été décidé de regrouper l'ensemble des dispositifs du secteur sur la ville de Bruay-la-Buissière.

Il n'existe pas d'appartements thérapeutiques sur le secteur faute de moyens humains. Il n'existe pas non plus d'appartements associatifs à l'heure actuelle. Ce qui d'après le chef de service ne constitue pas un manque, trop peu de personnes seraient en effet en capacité d'intégrer un logement autonome.

Au-delà de l'équipe médicale, paramédicale et du personnel administratif, le secteur 62G11 compte deux assistantes de service social et une conseillère en économie sociale et familiale.

Un GEM existe sur le secteur, mais il présente des liens particulièrement importants avec l'équipe de soin.

La protection juridique est assurée par les associations tutélaires ATPC, STP de Saint Pol, le service de gestion de biens de l'EPSM de Saint Venant et le service tutélaire de La Vie Active.

En terme d'insertion professionnelle, les patients du secteur ont la possibilité de s'inscrire dans le dispositif THEMPO, mis en œuvre localement par l'organisme de formation EPISTEME.

La psychiatrie occupe dans ce territoire ravagé par la pauvreté, le chômage et ses conséquences sociales une place bien particulière, qui n'est pas comparable à celle que l'on peut trouver dans les secteurs de psychiatrie de la métropole lilloise par exemple.

Intégration dans des réseaux², partenariats développés, le secteur de psychiatrie occupe dans ce territoire une place 'déstigmatisée'. Comme les acteurs sociaux ou médico-sociaux, il est une pièce du fragile puzzle de prise en charge de ce vaste public défavorisé et est reconnu comme tel par les élus locaux. Le manque de place alarmant en établissement médico-sociaux et maison de retraite pousse les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux à s'allier pour répondre au mieux aux besoins de la population :

- L'unité d'hospitalisation du secteur est régulièrement confrontée aux demandes de médecins d'accueillir des personnes âgées dépendantes (démences, maladie d'Alzheimer) qui ne peuvent réintégrer une maison de retraite traditionnelle.
- L'atelier thérapeutique du secteur accueille régulièrement des jeunes en situation de handicap mental sortant d'IMPro et en attente d'une place en ESAT, afin que ceux-ci ne perdent pas leurs acquis.
- Mais au final, sur les 47 lits d'hospitalisation, 15 personnes se retrouvent aujourd'hui hospitalisées à long terme à l'EPSM faute d'alternatives.

Le secteur regrette le manque de place en foyer de vie et en maison de retraite, type CANTOU pour l'accueil des personnes âgées 'désorientées', mais également les réticences du Conseil Général du Pas de Calais dans l'orientation des personnes vers des structures Belges.

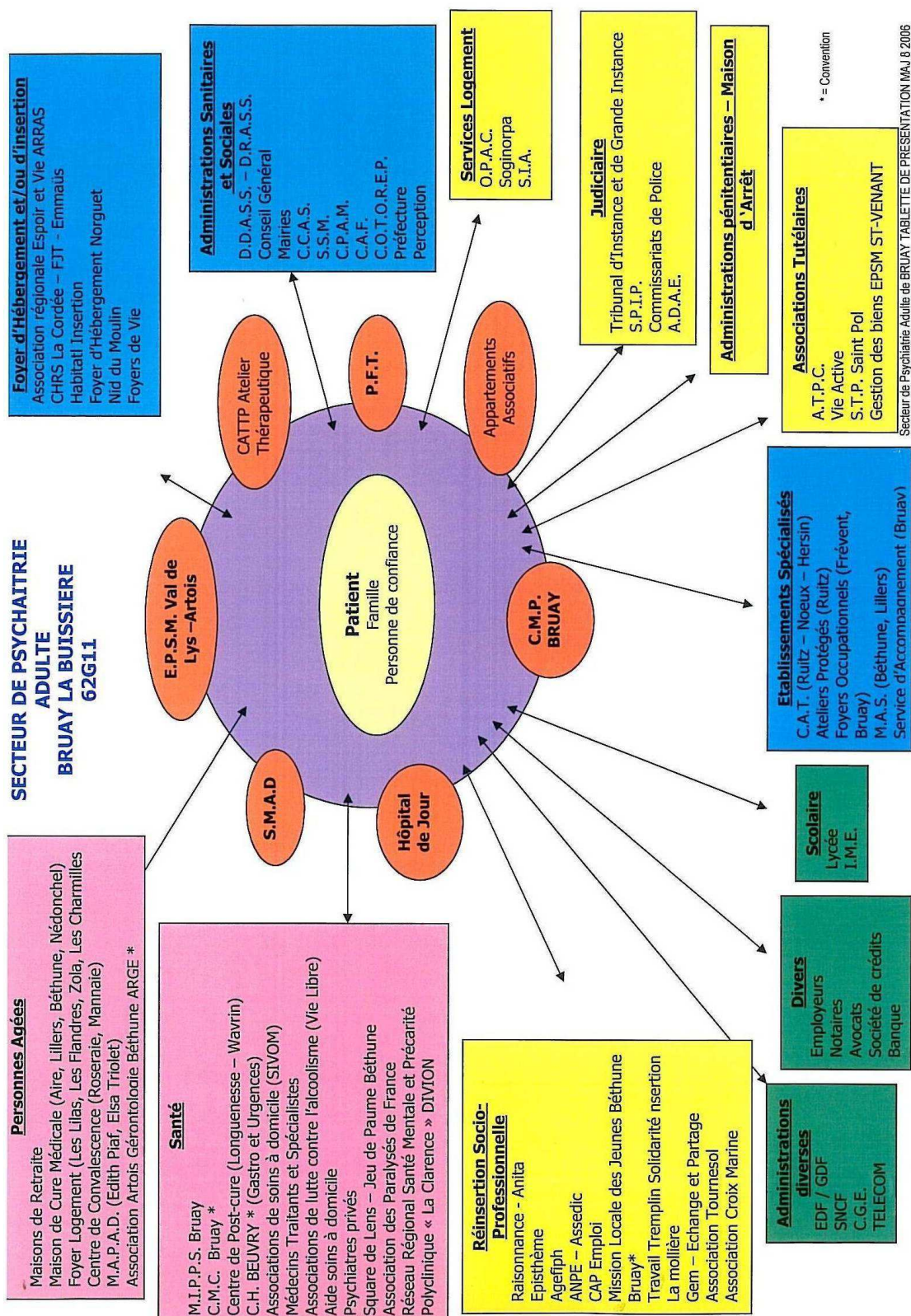
Bien inséré dans le réseau d'accompagnement social des populations, le secteur de psychiatrie travaille en partenariat avec des structures telles que le FJT, le foyer Emmaüs, les CHRS La Cordée, ou le SAUO³ et témoigne d'une certaine perméabilité entre ces différents champs d'accompagnement. Perméabilité sans doute facilitée par le caractère massif des problèmes psycho-sociaux rencontrés sur le territoire : « *au final on a tous les mêmes clients* », mais également par la participation des équipes de soin au réseau précarité-santé mentale.

Ce réseau qui réunit des professionnels des CHRS de La Vie Active, des 3 secteurs de psychiatrie locaux, du SAUO, de l'UTAS, de CCAS... a à l'heure actuelle travaillé à une meilleure interconnaissance des structures et des dispositifs locaux, à des échanges et collaboration sur des situations individuelles et à des réflexions collectives sur des thèmes tels que : parentalité et pathologie psychiatrique, SDF et psychiatrie, la prise en charge de la toxicomanie, les partenariats...

² Réseau régionale santé mentale précarité, réseau gérontologie

³ Service d'Accueil d'Urgence et d'Orientation

Le secteur de psychiatrie a réalisé un schéma qui reprend l'ensemble de ses partenaires :



5.3 « LA BANLIEUE EST DE LILLE »

Le secteur 59G21, est un secteur urbain, d'une superficie de 2653m², qui regroupe les villes de Faches-Thumesnil, Hellemmes-Lille, Lesquin, Lezennes, Mons en Baroeul et Ronchin. Il abrite une population urbaine d'environ 66 000 habitants. On retrouve chez celle-ci les caractéristiques socio-économiques régionales, à savoir une population jeune, un fort taux de chômage et d'immigration, une grande précarité.

La file active du secteur était de 1892 personnes en 2006, avec 60 à 80 nouvelles demandes par mois. Le CMP de Mons en Baroeul recense plus de 400 suivis au long cours, celui de Ronchin plus de 300.

Ce secteur est rattaché à l'EPSM Lille Métropole d'Armentières. Il a été promu en 1998 « site pilote pour la santé communautaire » par le département Santé Mentale de l'OMS. Cette reconnaissance s'appuie sur un effort particulier depuis 30 ans pour « *intégrer la psychiatrie dans le champ de la médecine et la santé mentale dans celui de la santé* ». Dans ce nouveau paradigme, « *la santé devient l'affaire de tous : spécialistes, non-spécialistes de la psychiatrie, de l'exclusion sociale sont unis dans la lutte contre les troubles mentaux.* »⁴

Malgré une file active proche de la moyenne régionale, le nombre de lits d'hospitalisation du secteur est l'un des moins élevés de la région. Le secteur a en effet développé une offre de soin ouverte sur la cité, hors des chemins battus de la psychiatrie classique. En 2006, plus de 88% des patients étaient suivis exclusivement en ambulatoire et 78% du personnel n'intervenait qu'en extrahospitalier. Le dispositif de soin s'organise ainsi :

Les consultations en ambulatoire : 4 CMP sont implantés sur le territoire dans des structures d'accompagnement de droit commun afin d'inscrire le système de soins psychiatriques dans la cité :

- Le CMP « Antonin Artaud » à Hellemmes partage une maison municipale avec l'UTPAS, tout comme le CMP « Pirandello » à Mons en Baroeul.
- Le CMP « Van Belleghem » se trouve au CCAS de Fâches Thumesnil.
- Le CMP « Benjamin Perret » dispense des consultations au centre médico-sportif de la piscine de Ronchin.

En terme d'hospitalisation à temps plein : la clinique Jérôme Bosch, implantée actuellement sur le site de l'EPSM Lille Métropole, elle devrait prochainement être délocalisée sur le secteur. L'occupation moyenne actuelle y est de 7 lits sur 20 et la durée moyenne de séjour est de 7 jours. Quelque soit le régime d'hospitalisation (HO, HDT, HL), l'unité reste entièrement ouverte. Parallèlement à ce dispositif, diverses alternatives à l'hospitalisation ont été développées :

- **L'accueil familial thérapeutique alternatif à l'hospitalisation (AFTAH)**: au-delà de l'accueil familial thérapeutique traditionnel (avec une durée moyenne d'accueil de 2 ans), le secteur dispose d'une demi douzaine de familles qui accueillent les patients après une brève hospitalisation. Grâce aux traitements actuels, en cas de crise, on observe une sédation des troubles majeurs au bout de 3 ou 4 jours de traitement. Cependant, les personnes ne sont pas encore assez stabilisées pour pouvoir retrouver leur domicile. Afin d'éviter une hospitalisation trop longue et ses conséquences en terme de désinsertion, le secteur propose donc ce dispositif très enveloppant, qui permet aux patients, pour une durée moyenne de 3 semaines, de se reconstruire.
- **Les Soins intensifs intégrés dans la cité (SIIC)** : dispositif d'hospitalisation à domicile de 8 places, il permet de raccourcir ou de prévenir une hospitalisation classique. A son domicile, le patient reçoit 3 visites à domicile par jour, le psychiatre se déplace

⁴ Plaquette de présentation du secteur « Un secteur de psychiatrie au cœur de la cité, la psychiatrie citoyenne de la banlieue Sud-est de Lille »

également afin de pouvoir rencontrer le patient dans son environnement. Ce dispositif repose sur la négociation d'un contrat de soin avec le médecin traitant et l'entourage de la personne.

- **Un service d'urgence interne au secteur** : à chaque instant, un médecin psychiatre, d'astreinte est joignable pour tout le secteur.

La résidence « André Breton » regroupe 6 logements sociaux gérés par l'AMPS mais dont les habitants sont suivis par le CCASS, 6 studios pour des patients psychotiques présentant une faible autonomie et une dépendance affective importante qui bénéficient donc d'un accompagnement continu. Et enfin 6 places pour des personnes polyhandicapées en attente d'une place en MAS, quotidiennement accompagnées par du personnel hospitalier.

La résidence « Samuel Beckett » regroupe un appartement hébergeant une famille d'accueil thérapeutique alternative à l'hospitalisation et un lieu d'accueil thérapeutique associatif et social transitoire. Il constitue une passerelle pour les patients stabilisés en attente d'une solution de logement (associatif, autonome, maison de retraite...). Un étudiant est logé avec les personnes, une maîtresse de maison assure également une présence régulière.

Autre support majeur de la prise en charge des patients : l'**AMPS**. Cette association présidée par un élu local regroupe les élus des communes du secteur, les équipes de psychiatrie, des représentants d'usagers, de familles, des curateurs, les services sociaux, des offices HLM, des structures culturelles, des artistes, des citoyens. Elle gère l'accès des patients aux dispositifs de logement et de travail et contribue par le biais de différentes actions à la promotion de la santé mentale et à la déstigmatisation de la maladie mentale. Elle comprend une commission logement qui participe à l'attribution des 40 appartements associatifs dont dispose le secteur.

Les anciens CATTP du secteur, quant à eux, ont été réunis dans le centre « Frontière\$ ». Celui-ci propose plus de 50 activités par semaine aux usagers du secteur, activités qui s'ancrent dans le tissu associatif et culturel local. Elles sont encadrées par des infirmiers mais animées par des artistes (trois artistes sont actuellement employés de l'EPSM). Le centre « Fontière\$ » dispose enfin d'un fond d'art contemporain regroupant plus de 400 œuvres, support au travail de déstigmatisation des personnes en situation de handicap psychique.

Le secteur 59G21 a également développé différents dispositifs d'insertion professionnelle :

- **Les chantiers thérapeutiques** : ils permettent aux patients stabilisés et orientés par leur médecin psychiatre de faire les premiers pas vers le retour à l'emploi. Ces chantiers, sur la base du volontariat et du bénévolat pour l'heure actuelle, ont pour objectif de rénover les appartements associatifs du secteur tout en travaillant sur les gestes professionnels et le développement de compétences.
- Dans le cadre d'un **partenariat avec le CAVA** de Fâches Thumesnil, 15 places sont réservées aux patients adressés par les médecins psychiatres du secteur afin « de réamorcer les habiletés professionnelles (rythme de travail, gestes professionnels, travail en équipe) des personnes. »
- **Le DISPHP** : Ce dispositif sectorisé, financé par l'AGEFIPH propose aux patients un parcours d'insertion socioprofessionnel personnalisé. Définition de projet professionnel en centre de formation puis validation lors de stages en entreprises, il s'agit par la suite d'accompagner la personne vers une formation qualifiante ou vers un emploi dans le milieu adapté ou ordinaire au sein de municipalités, de collectivités locales ou d'associations partenaires.
- **L'ESAT ETIC** : bien qu'intersectoriel, cet établissement médicosocial a été créé sous l'impulsion d'un groupe de travail de l'AMPS et accueille donc nombre de patients issus du secteur. Par le biais de mises à disposition, il accompagne des personnes en situation de handicap psychique sur des postes à temps partiel ou complet dans des collectivités locales

ou des associations. ETIC reste donc l'employeur des personnes et leur propose un accompagnement socio-éducatif et médical. Ce dispositif s'adresse à des personnes stabilisées, orientées par leur médecin psychiatre, ayant réalisées une période d'évaluation au CAVA⁵ de Fâches Thumesnil et disposant d'une reconnaissance MDPH de travailleur handicapé.

Le dispositif THEMPO est également accessible aux usagers du secteur. Enfin, ils ont accès à différents GEM implantés sur le secteur tels qu'« Amitié Partage » à Hellemmes, « Nord Mentalités » à Tourcoing et « les Ch'tis Bonheurs » à Faches-Thumesnil.

Le secteur 59G21 est un secteur particulier dans le paysage régional : il a développé un ensemble de dispositif particulièrement vaste et des relations partenariales innovantes avec des acteurs du droit commun, des élus, des artistes... il s'inscrit par ailleurs dans des démarches partenariales par le biais de dispositifs tels que DIOGENE⁶ (0.5 ETP infirmier détaché) ou du réseau Précarité Santé Mentale. Cependant de part la large palette de soin, d'accompagnement et d'insertion qu'il a développé il a moins recourt et tisse moins de relations partenariales avec les établissements ou services médico-sociaux locaux que d'autres secteurs de la région.

⁵ Centre d'Adaptation à la Vie Active

⁶ Voir page 57

5.4 « LES 3 SECTEURS DU CAMBRESIS »

Le Cambrésis regroupe 3 secteurs de psychiatrie (59G35, G36, G37) dont la majorité des dispositifs sont intersectoriels, il s'agit donc ici d'une présentation des dispositifs et partenariats au sein d'un bassin de vie et non d'un secteur de psychiatrie particulier.

Ces trois secteurs rassemblent une population d'environ 157 000 personnes sur un territoire rural, particulièrement marqué par la précarité et l'isolement. Les demandes de prise en charge faites à la psychiatrie de secteur témoignent en effet de l'importance des problématiques dues à la dépression, des nouvelles formes de « conjugo-pathie » (séparation, deuil, contextes difficiles) qui peuvent conduire à des décompensations psychiatriques. On retrouve également des psychoses classiques avec tout de même une particularité : en milieu rural, certains patients psychotiques ne sont découverts que tardivement par les équipes de soins : les familles s'en étant occupées seules pendant des années.

On note également beaucoup de situations aiguës liées à l'alcoolisme ou à la toxicomanie : les personnes deviennent violentes, troublent l'ordre public et sont hospitalisées sous contraintes (HO ou HDT).

Ces différentes problématiques génèrent une file active de 1400 personnes sur le secteur 59G35, de 1100 pour le 59G36, de 1400 pour le 59G37.

Pour prendre en charge ces problématiques, les soins s'organisent autour de différents dispositifs :

- L'hospitalisation : les 90 lits des 3 secteurs, qui se trouvent au Centre hospitalier de Cambrai sont intersectoriels et organisés par types de pathologies :
 - 30 lits en USAD (unité de soins pour anxio-dépressifs qui intègre également les soins en addictologie)
 - 30 lits en USIP (unité de soins intensifs en psychiatrie), pour les hospitalisations sous contrainte
 - 30 lits en URPS (unité de resocialisation), qui accueillent les patients chroniques
- L'hôpital de jour intersectoriel « L'orangerie », à Cambrai présentant une capacité d'accueil de 20 places.
- L'accueil familial thérapeutique, intersectoriel également, qui compte 4 places à l'heure actuelle en raison de difficultés de recrutement.
- Les CMP : 3 principaux dans chaque secteur et deux antennes

Les services d'hospitalisation connaissent un taux d'occupation d'environ 90%, avec une durée moyenne de séjour de 25 jours en USIP et USAD et de 2.5 mois en URPS.

Une quinzaine de patients sont à l'heure actuelle hospitalisés de manière inadéquate à l'URPS. Ils bénéficient d'orientation MDPH vers des établissements médico-sociaux (MAS, EHPAD), mais leur état (troubles du comportement envahissants, démence) rend impossible leur intégration dans ces structures. Il s'agirait donc pour ce public de développer des EHPAD spécialisés ou des services de gériatrie-psychiatrie.

L'offre de soin se résume donc à l'heure actuelle aux dispositifs classiques, mais les projets ne manquent pas :

- Création d'une équipe mobile de psychiatrie dès janvier 2009 : ses missions seront le dépistage, le diagnostic et l'orientation des personnes hébergées en foyer vers les dispositifs de soins psychiatriques et la sensibilisation des équipes de ces mêmes foyers aux troubles psychiatriques afin de faciliter leur repérage et leur prise en charge.
- Projet de création de CATTP dans chacun des 3 secteurs (en fonction des moyens, développement en 2009-2010)
- Projet de création d'appartements thérapeutiques dans le cadre du SROS.
- Projet d'une maison communautaire mais qui ne peut être développée à l'heure actuelle faute de moyens.

En terme d'accompagnement dans la cité, les équipes pluridisciplinaires de chaque secteur jouent un rôle important et peuvent également s'appuyer sur les réseaux associatifs ou sociaux existants. La complémentarité et le partenariat sont en effet particulièrement visibles sur ce territoire :

- **Le réseau Précarité-Santé Mentale** : face à l'importance des problématiques sociales et de leurs conséquences psychiques, un partenariat entre les acteurs de ces deux champs s'est vite avéré indispensable. Celui-ci fonctionne aujourd'hui depuis 4 ans et réunit un ensemble important d'acteurs : les secteurs de psychiatrie locaux, la DDASS, le FJT, le CCASS, la PASS⁷, l'ASDHAC, ASSOR, les associations tutélaires, la PJJ, le club de prévention, le CAO, le Secours Catholique, l'UTPAS, le SPIP... le travail en partenariat dans le cadre de ce réseau a permis une meilleure connaissance de chaque acteur ainsi que la création d'outils tels que des fiches de liaison pour les transferts d'un établissement à un autre (lors d'une sortie d'hospitalisation par exemple) ou l'équipe mobile qui verra le jour en janvier 2009. Il a également permis d'améliorer la prise en charge du public : diminution du délai d'attente pour un rendez-vous en CMP, une meilleure communication entre les infirmiers du secteur de psychiatrie et les travailleurs sociaux qui permet de résoudre plus rapidement les situations de crise ou de valider la nécessité d'une hospitalisation sans consentement.
- **La coordination avec la médecine de ville** : les médecins généralistes sont le premier relais dans le suivi des patients, le partenariat est donc indispensable. Les secteurs de psychiatrie ont à plusieurs reprises organisés des réunions plénières avec l'ensemble des médecins de ville afin de les informer sur les pratiques et les moyens de la psychiatrie. Mais de part la proximité géographique, psychiatres et médecins généralistes se connaissent bien, les relais sur les hospitalisations et les traitements se font donc assez naturellement. De la même manière à l'arrivée d'un nouveau médecin traitant, les équipes soignantes prennent le temps de l'informer sur l'organisation du secteur.
- **Le travail avec les élus et services municipaux** : compte tenu des difficultés locales, les équipes de psychiatrie sont des interlocuteurs très importants pour les municipalités « *ils orientent les personnes qui sont en difficultés vers nous et peuvent se tourner vers nous quand ils se retrouvent face à des situations problématiques.* » Ces mêmes municipalités, et leurs différentes gammes de services à domicile jouent un rôle important dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique et constituent donc un relais important pour les équipes soignantes.

⁷ Permanence d'accès à la santé et soins

Les élus locaux sont également amenés à intervenir dans le champ de la santé mentale par le biais des hospitalisations d'office, dans ce cadre là également, des actions sont développées par les équipes de psychiatrie. Il s'agit d'intervenir auprès des maires afin de les sensibiliser et d'ouvrir la voie à des solutions alternatives à l'HO lorsque celle-ci n'est pas indispensable.

Parallèlement à ces différents types de partenariats plus ou moins formalisés, les secteurs assurent une psychiatrie de liaison traditionnelle dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique du CH de Cambrai, avec les EHPAD du territoire, avec le réseau addictologie du Cambrésis, avec le CLIC et accueillent également les détenus des maisons d'arrêts de Loos et Sequedin issus des secteurs dans le cadre des HO et HDT.

Il n'existe aujourd'hui plus d'appartements associatifs sur ces trois secteurs. Une association en gérait auparavant, mais la lourdeur financière et organisationnelle de ce dispositif ne lui a pas permis de poursuivre cette activité.

Il n'existe pas non plus de GEM ou de club thérapeutique sur le territoire.

En terme d'insertion professionnelle, l'institut de formation IN STEP situé à Cambrai permet aux personnes d'accéder au dispositif AGEFIPH « THEMPO ».

En terme de protection juridique, diverses associations interviennent : l'ATI, l'AGSS et Ariane mais pour relativement peu de patients.

5.5 « LE BASSIN ARRAGEOIS »

Ce territoire sanitaire qui comprend les villes d'Arras, Bapaume, Beaurains, Wailly, regroupe une population d'environ 60 000 personnes, marquée comme beaucoup d'autres territoires régionaux par de lourdes problématiques socio-économique : précarité, « *pauvreté culturelle, réseaux familiaux défectueux, alcoolisme* »... Il s'agit d'un bassin urbain avec une forte densité de population.

La région arrageoise compte 2 secteurs de psychiatrie publique, le 62G19 et le 62G20 qui ont été regroupés et connaissent une file active globale d'environ 3500 personnes. Les dispositifs d'accompagnement et d'hospitalisation sont tous intersectoriels.

L'offre d'hospitalisation psychiatrique, organisée par type de prise en charge, comprend une unité d'accueil libre, une unité d'accueil sans consentement et une unité d'accompagnement avant la sortie. Parallèlement aux services hospitaliers publics, il existe à Arras : un centre postcure psychiatrique, géré par l'Association Régional Espoir et Vie. Régional, il dispose de 48 lits pour des personnes psychotiques stabilisées pour une durée moyenne de séjour de 10 mois. Il propose un service de réadaptation socioprofessionnelle et un second de réadaptation sociale. Les patients peuvent également être orientés vers la clinique le Ryonval.

Pour le suivi en ambulatoire, les secteurs de psychiatrie dispose de :

- Deux CMP (un à Arras, un à Bapaume)
- Deux CATTP (idem)
- Deux hôpitaux de jour à Arras
- Un hébergement en famille d'accueil thérapeutique

Les secteurs de psychiatrie assurent également une grosse activité de liaison : du personnel est détaché aux urgences du CH d'Arras, 2 psychiatres sont détachés à mi-temps dans les deux maisons d'arrêt du secteur et un infirmier « communautaire » intervient dans les CHRS et FJT locaux afin d'assurer des pré-consultations, de l'orientation et des relais.

Parallèlement à ces dispositifs, deux associations issues des secteurs ont créé des structures alternatives à l'hospitalisation permettant de loger et d'accompagner les patients :

- **L'APAN** qui propose :
 - Une maison communautaire de 5 places à Beaurains
 - Une maison communautaire de 4 places à Arras
 - Un appartement communautaire de 2 places à Arras

Les patients accueillis dans ces dispositifs sont pour la plupart sous tutelle, tous sont connus et suivis par le secteur. Ils paient un loyer ainsi que les charges. Une éducatrice, ou une infirmière les accompagne au quotidien dans les gestes de la vie courante, mais également vers des associations locales

- **ESCALE** : cette association créée à l'initiative des équipes soignantes a pour but de créer et de gérer des structures alternatives à l'hôpital. Escale est un support gestionnaire, mais le personnel médical intervenant dans ces structures est détaché du secteur de psychiatrie et reste salarié du Centre Hospitalier d'Arras, cette mise à disposition est définie dans une convention. Avec l'ouverture d'une maison relais il y a 4 ans, la composition du CA et du

bureau a évolué. Ils comprennent aujourd'hui au-delà du personnel soignant des représentants de l'UNAFAM et des patients, d'associations locales, du CHRS, du SAUO, du Calpact et de la DDASS.

Escale gère à l'heure actuelle :

- Une maison relais de 9 places à Arras : les patients sont accompagnés au quotidien par un infirmier et une conseillère en économie sociale et familiale et sont suivis par le secteur par le biais du CMP, du CATTP ou de l'hôpital de jour. Les modalités d'attribution de place en maison relais témoigne également d'un solide partenariat avec les acteurs sociaux puisque le SAUO, le CHRS le « Petit Atre », le Calpact, la DDASS, un professionnel de la maison relais et le médecin chef de secteur participe à la commission d'attribution.
- Une maison associative de 5 places à Bailleul (près d'Arras)
- Une maison associative de 3 places à Dainville

L'association porte également différents projets :

- Des ateliers radio et théâtre
- Une résidence service de 15 places
- Un SAMSAH

En terme d'activités socioculturelles, la particularité de ces secteurs est de s'appuyer sur les associations humanitaires locales, telles que les Restos du cœur pour inscrire les personnes dans une activité et favoriser leur participation locale.

Il n'existe pas de GEM ou de club thérapeutique sur le territoire de ces 2 secteurs.

Différentes associations tutélaires interviennent auprès des personnes : l'ATPC, la STP, le service tutélaire de la Vie Active et l'ADAE.

De nombreux partenariats se développent également dans le champ de l'insertion professionnelle sous l'impulsion des équipes de soin, notamment avec des structures telles que l'AFP2I (qui met en œuvre le dispositif THEMPO), les ESAT, ateliers protégés locaux ainsi qu'avec les administrations en lien avec l'emploi : Cap Emploi, les Missions Locales, le PLIE et l'ANPE.

Enfin, les secteurs participent au réseau précarité-santé mentale.

5.6 TABLEAUX DE SYNTHESE

	BRUAY LA BUISSIERE ET LE BASSIN MINIER 62G11	LES TERRES DUNKERQUOISES 59G02	LA BANLIEUE EST DE LILLE 59G21	LES 3 SECTEURS DU CAMBRESIS 59G35 - 36 - 37	LE BASSIN ARRAGEOIS 62G19 - 20
Caractéristiques Socio-économiques et géographiques	Secteur rural, avec une faible densité de population, marqué par la désindustrialisation. Prévalence des troubles liés à l'alcoolisation.	Secteur rural regroupant différentes petites communes, faible densité de population. Population jeune 62 000 habitants couverts par le secteur	Zone urbaine avec une forte densité de population Taux de chômage et d'immigration important, grande précarité 66 000 habitants couverts par le secteur	Territoire rural lourdement marqué par la précarité et l'isolement. Problématiques de dépression, de conjugopathie qui peuvent conduire à des décompensations. Problème d'alcoolisme et de toxicomanie	Territoire urbain avec une forte densité de population, marqué par la précarité, l'isolement, l'alcoolisme
File active	2 549 personnes	1374 personnes	1892 personnes	1400 + 1100 + 1400 personnes	Environ 3500 personnes pour les deux secteurs
Dispositifs existants :					
Soins	Une unité d'hospitalisation à l'EPSM de St Venant 1 CMP 1 CATTP 1 atelier thérapeutique + un service de maintien à domicile assuré par des infirmières du secteur	Clinique Le nombre d'or 4 places en accueil familial thérapeutique 2 CMP 1 hôpital de jour intersectoriel 1 CATTP 10 appartements thérapeutiques (dont deux d'évaluation)	Un service d'hospitalisation, 3 CMP AFTAH SIIC Logements thérapeutiques, CATTP « Frontières », service d'urgence propre au secteur	3 unités d'hospitalisation 1 hôpital de jour 4 places en accueil familial thérapeutique 3 CMP et deux antennes	3 unités d'hospitalisation 2 CMP 2 CATTP 2 Hôpitaux de jour 1 hébergement en famille d'accueil thérapeutique
Logement	Pas d'appartements associatifs Pas d'appartements thérapeutiques	25 appartements associatifs 4 maisons communautaires (association Promouvoir)	Logements thérapeutiques et associatifs gérés par l'AMPS	Pas d'appartements associatifs	Une maison relais, des maisons communautaires et associatives (associations ESCALE et APAN)

	BRUAY LA BUISSIERE ET LE BASSIN MINIER 62G11	LES TERRES DUNKERQUOISES 59G02	LA BANLIEUE EST DE LILLE 59G21	LES 3 SECTEURS DU CAMBRESIS 59G35 - 36 - 37	LE BASSIN ARRAGEOIS 62G19 - 20
Insertion professionnelle	Accès au dispositif THEMPO	ESAT « Le Pain de l'Espoir »	Chantiers thérapeutiques, DISPH, ESAT ETIC, places réservées au CAVA	Accès au dispositif THEMPO	Accès aux dispositifs : THEMPO ESAT Atelier protégé
GEM	GEM « Echange et Partage »	GEM « Atout Cœur » (hors secteur, à Grande Synthèse)	GEM « les Ch'tis bonheurs » GEM « Amitié et partage » GEM « Nord Mentalité »	Aucun GEM	Aucun GEM
Services de protection juridique	ATPC, STP de Saint Pol, le service de gestion des biens de l'EPSM, le service tuteur de la vie l'association La vie Active	Ariane, ...	Ariane, AGSS de l'UDAF, ATI	ATI, AGSS de l'UDAF, Ariane	L'ATPC, la STP, le service tutelaire de la Vie Active, l'ADAE
Accompagnement social	Un service de maintien à domicile assuré par des infirmières	SAD (partenariat EPSM, ADAR, UNAFAM)	SAVS Interval		
Réseaux et partenariats	Réseau précarité – santé mentale Réseau gérontologie	Réseau CLIC	Réseau Précarité-santé mentale, AMPS, DIOGENE	Réseau précarité-santé mentale Réseau addictologie Réseau CLIC	Réseau précarité-santé mentale

	BRUAY LA BUISSIÈRE ET LE BASSIN MINIER 62G11	LES TERRES DUNKERQUOISES 59G02	LA BANLIEUE EST DE LILLE 59G21	LES 3 SECTEURS DU CAMBRESIS 59G35 - 36 - 37	LE BASSIN ARRAGEOIS 62G19 - 20
Projets en cours	Projet de rassemblement des dispositifs de soin dans un unique bâtiment à Bruay la Buisnière + création d'un hôpital de jour	Création d'une filière d'insertion professionnelle par l'équipe du secteur de psychiatrie	Rapatriement des lits d'hospitalisation sur le secteur	Lancement en janvier 2009 d'une équipe mobile de psychiatrie Création d'un CATTP dans chaque secteur Projets de création d'appartements thérapeutiques Projet de maison communautaire	Un SAMSAH Des ateliers théâtre et radio Une résidence service de 15 places
Synthèse	Ce secteur se situe dans un territoire fortement marqué par les difficultés socio- économiques, de fait, il s'inscrit pleinement dans le paysage global de prise en charge des personnes vulnérables.	Ce secteur a la volonté de développer des partenariats avec les structures médico- sociales locales autour d'outils (mise à disposition de ses appartements d'évaluation), de situations individuelles ou de thématiques particulières.	Ce secteur s'appuie davantage sur la vaste gamme de dispositifs qu'il a développée que sur les structures médico- sociales locales. Il travaille en partenariat avec les élus locaux, les associations sportives et socioculturelles du territoire.	Ces secteurs proposent les structures de soin classiques et s'appuient sur les dispositifs de droits commun présents sur le territoire. Il a notamment développé des partenariats avec le secteur social (réseau précarité-santé mentale) mais également avec les élus et les médecins de ville.	Ces secteurs disposent des structures de soin traditionnelles mais ont accès à des structures alternatives par le biais d'associations créées par leurs équipes. Ils ont par ailleurs développé de solides partenariats dans le cadre de l'insertion profession- nelle ou avec les associa- tions humanitaires locales afin d'inscrire les usagers dans des démar- ches de bénévolat.

5.7 ANALYSE CROISEE

Cette hétérogénéité des offres de soins a été formalisée sous la forme d'un essai de typologie des secteurs de psychiatrie générale en 2003⁸. Elle permet de mettre en avant 9 idéaux-types de secteurs de psychiatrie générale qui présentent des particularités bien précises :

- Secteurs ruraux bien dotés en personnel non médical et en équipement, relativement à la faible population résidente, avec une forte activité orientée vers le secteur médico-sociale *(3 secteurs dans la région)*
- Secteurs urbains bien dotés en équipements variés, mais peu tournés vers les soins somatiques. *(0 secteur dans la région)*
- Secteurs moyennement dotés en personnel et équipement, rattachés à des CHS et présentant une activité moyenne à forte en dispositif intersectoriel *(20 secteurs dans la région dont les secteurs 59 G 37, 62 G 11)*
- Secteurs moyennement dotés en personnel et en équipement rattachés à des CHR et rencontrant fréquemment des difficultés pour faire hospitaliser leurs patients *(2 secteurs dans la région)*
- Secteurs aux problèmes de démographie médicale importants, souvent rattachés à des CH *(1 secteur dans la région, le 62G19)*
- Secteurs franciliens très bien dotés en personnel médical, psychologue et à orientation sociale et rééducative *(8 secteurs dans la région dont le secteur 59G21)*
- Secteurs atypiques sans hospitalisation temps plein *(1 secteur dans la région : le 62G20)*
- Secteurs faiblement dotés en personnel et en alternatives à l'hospitalisation à temps plein *(6 secteurs dans la région dont le secteur 62G02)*
- Secteurs faiblement dotés devant répondre à une forte activité de liaison du fait de leur rattachement à des CH, « des secteurs somatiques » *(5 secteurs dans la région)*

Au-delà de ces facteurs structurels, différents facteurs propres aux contextes et dynamiques locales viennent expliquer cette multitude d'offre d'accompagnement :

- Contrairement au Nord, le Pas de Calais bénéficie d'une dynamique associative moins importante. Alors que l'UNAFAM Nord est instigatrice de nombre de projets de structures ou de partenariats et constitue le principal moteur dans le développement d'un champ de prise en charge adaptée, l'UNAFAM Pas de Calais concentre aujourd'hui son activité autour de l'accompagnement des familles et s'inscrit de manière moins importante dans l'impulsion de dynamiques et dans la revendication politique.

⁸ « L'offre de soin en psychiatrie dans la région Nord-Pas-de-Calais », IRDES, pour le Conseil scientifique de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale du NPDC, 7 octobre 2008.

- De la même manière, alors que dans le Nord, l'UNAFAM peut s'appuyer sur l'AFEJI, l'ABEJ, l'ADAPT et bien d'autres, il existe dans le Pas de calais moins d'associations gestionnaires susceptibles ou volontaires pour s'investir dans le champ de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique...
- Le fait d'être rattaché à un EPSM ou à un CH induit des particularités dans le développement du dispositif de prise en charge sanitaire, comme en témoigne ce professionnel :
« Quand on est rattaché à un centre hospitalier, on doit vraiment faire sa place. Les dispositifs alternatifs sont moins connus, on doit vraiment travailler pour convaincre. »
- Cette hétérogénéité s'explique enfin en grande partie par la politique même du chef de secteur, qui comme nous l'avons vu dispose de nombreuses modalités de développement, par la création d'alternatives ou de partenariats, dont il a le libre choix de se saisir ou non.

Cette analyse met clairement en lumière le principal travers de la sectorisation : l'inégalité territoriale. D'une manière très arbitraire, le fait d'habiter au n° 35 ou 34 d'une même rue vous permet d'accéder à deux types de prise en charge psychiatrique tout à fait hétérogène, à des alternatives et à des modalités d'inscription dans la cité excessivement diverses. Il convient donc aujourd'hui de penser ce constat et d'analyser concrètement avec les acteurs concernés les moyens, politiques, partenariales, qui permettront d'aplanir ces écarts, et de proposer à chaque citoyen une offre de soin égale.



PARTIE VI : PRECONISATIONS

Les préconisations qui sont présentées ici sont le fruit d'une analyse des systèmes de prise en charge des personnes en situation de handicap psychique sur le territoire régional et d'une valorisation des bonnes pratiques qui peuvent y être développées. Elles ont par ailleurs été enrichies, dans le cadre d'une journée de restitution le 8 janvier 2008, par les professionnels intervenant sur ce handicap qui ont pu en débattre et valider leur pertinence.

De part la variabilité et les spécificités du handicap psychique, il convient de penser la prise en charge des personnes en terme de **parcours de vie**. Comme pour tout un chacun, la vie se construit à partir des expériences que l'on mène et de ce qu'elles permettent de comprendre, d'oser, de tenter et aussi d'évaluer. Le terme parcours définit ainsi l'idée d'un cheminement tout au long de la vie marqué par des bifurcations, des choix, des décisions, des ruptures, des rencontres, des essais qui se révéleront concluants ou amèneront à de nouveaux choix. **Le développement d'une logique de parcours et non de structures**, c'est-à-dire la possibilité d'allers-retours entre structures, de souplesse dans les dispositifs, apparaît ainsi essentielle. Cela nécessite :

- Un accompagnement social personnalisé
- Un partenariat accru entre les divers acteurs intervenant auprès des personnes (professionnels, famille et entourage)
- Une sensibilisation de la société afin qu'elle puisse accueillir ces personnes sans stigmatisation ni discrimination

Afin de permettre :

- Un meilleur accès à l'ensemble des dispositifs adaptés ou de droit commun
- La mise en place d'une gamme de dispositifs à même de répondre à la diversité des besoins
- Une souplesse et une capacité d'adaptation ainsi qu'une réactivité dans les réponses (essentiel dans l'accompagnement spécifique des personnes en situation de handicap psychique).

Au regard de ces besoins, 5 constats fondamentaux apparaissent, c'est à partir de ceux-ci qu'il s'agira de développer des préconisations concrètes :

- Le manque de lisibilité des dispositifs
- La nécessité d'adapter les outils d'évaluation et de compensation du handicap psychique
- L'impératif développement d'un ensemble de services et d'établissements adaptés aux besoins des personnes
- La lutte contre la discrimination et la stigmatisation
- Le manque de partenariats entre les acteurs

6.1 FACE AU MANQUE DE LISIBILITE DES DISPOSITIFS : LA CREATION D'UN SITE INTERNET.

Le champ de la prise en charge du handicap psychique est particulièrement hétérogène en termes de dispositifs comme d'acteurs. Les informations sont disséminées et difficilement accessibles aux usagers. Il suffit d'aller consulter les forums de discussion sur internet pour constater le manque important de lisibilité de ce champ d'intervention.

Cela pose aujourd'hui de vrais problèmes à la fois en termes d'accessibilité, d'accès aux droits, aux structures, mais également pour la mise en place d'un réel travail partenarial : comment travailler ensemble si l'on ne connaît pas l'existence l'un de l'autre. Comme en témoignent les professionnels, l'ensemble des champs présentés ici (logement, insertion professionnelle, santé...) représentent autant de labyrinthes dans lesquels il faut apprendre à se repérer.

Face à ce constat, nous proposons la **création d'un site internet**. A l'instar du site du centre d'information sur la surdité (<http://www.cis-npdc.org/>), il permettrait :

- > D'informer sur le handicap psychique et les droits ouverts par sa reconnaissance légale
- > De présenter l'ensemble des dispositifs de la région : établissements, services et associations (mode de prise en charge, type de thérapie, critères d'admissions...)
- > De valoriser les réseaux, les partenariats et les bonnes pratiques
- > D'apporter, grâce à l'interactivité du support, des conseils et des orientations personnalisés
- >

Les professionnels interrogés sur ce projet ont souligné la pertinence de cette proposition mais insistent sur le fait que cet outil doit être vivant et très régulièrement actualisé.

Il semble par ailleurs cohérent de l'envisager à un échelon régional et de pouvoir proposer une double entrée : pour les usagers, leurs familles et pour les professionnels.

Enfin il pourrait être complété par l'édition de plaquettes thématiques qui permettrait d'informer les usagers sur des thèmes précis (voir les plaquettes éditées par Psycom75 p 53).

6.2 L'IMPERATIF DEVELOPPEMENT D'UN ENSEMBLE DE SERVICES ET D'ETABLISSEMENTS ADAPTES AUX BESOINS DES PERSONNES

- Afin de compléter cette première étude de description des dispositifs de la région, il semble important d'initier une étude quantitative des besoins sur l'ensemble du territoire prenant en compte la dimension de bassin de vie.
- Inscrire dans le PRIAC, les différents schémas départementaux, et régionaux le développement d'une gamme de structures suffisamment diverse pour répondre aux multiples besoins d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique. Il s'agit de pouvoir disposer sur chaque territoire, d'une diversité d'établissement d'accueil à temps complet afin de prendre en considération les différents niveaux d'autonomie présentés par les personnes en situation de handicap psychique : de la MAS, aux résidences accueil en passant par les foyers occupationnels. Mais également de développer des réponses adaptées à diverses problématiques : syndrome de Korsakoff, personnes vieillissantes atteintes de démence mais âgées de moins de 60 ans.
- Initier des expérimentations afin de développer des compétences spécifiques à l'accompagnement de certains publics. Que sait-on par exemple des moyens d'accompagner au mieux des personnes atteintes du syndrome de Korsakoff ? Il est possible de développer leur autonomie, mais par quel type de pratiques ? Le handicap psychique engage à d'importants travaux de recherche qui permettront de définir et de mettre en œuvre des modalités d'accompagnement adaptées : expérimenter, évaluer et diffuser...
- Déployer de manière importante les SAVS et/ou SAMSAH (particulièrement adaptés à la prise en charge de ce public), avec des modalités de fonctionnement leur permettant de s'adapter à la variabilité et aux spécificités du handicap psychique.
- Développer des actions d'accompagnement et de formation pour les familles et les proches des personnes en situation de handicap psychique. Il s'agit de mieux prendre en compte l'environnement familial et de proximité de la personne, de le soutenir dans la compréhension et l'accompagnement, de favoriser l'échange et permettre la diffusion d'informations réciproques. Cet axe de travail pourrait se construire en s'appuyant sur les expériences de formations d'aide aux aidants menées dans le cadre de la maladie Alzheimer.

6.3 LA NECESSITE D'ADAPTER LES OUTILS D'EVALUATION ET DE COMPENSATION DU HANDICAP PSYCHIQUE : DES OUTILS ET DES PROCEDURES D'ORIENTATIONS ADAPTEES, DES FORMATIONS POUR LES MDPH.

Les outils d'évaluation :

- Dans un premier temps, il s'agit de mettre en œuvre des outils d'évaluation du handicap adaptés. Une équipe spécialisée d'évaluation du handicap psychique est actuellement en expérimentation par la MDPH du Nord. Au terme de l'évaluation de ce dispositif, il s'agira d'analyser la pertinence de son déploiement au niveau régional. Ou bien d'expérimenter d'autres types d'outils tels que ceux développés dans le cadre du dispositif THEMPO par exemple
- Les modalités d'évaluation doivent elles-aussi s'adapter :
 - s'appuyer sur un travail partenarial (afin que toutes les dimensions du handicap puissent être comprises et prises en compte et que les évaluateurs ne se limitent pas au "camouflage" de leurs troubles par les personnes en situation de handicap psychique)
 - s'effectuer dans différents contextes et sur un laps de temps suffisamment long afin d'analyser la variabilité du handicap et de prendre en compte les incapacités ponctuelles.
- Poursuivre la démarche de concertation, initiée par la MDPH Nord, avec les professionnels intervenants dans la constitution des dossiers de demande MDPH.
- Il pourrait également être pertinent d'observer les conclusions de la recherche-action menée par la délégation ANCREAI Ile-de-France pour la CNSA sur l'évaluation des situations de handicap psychique. Les résultats seront communiqués en mars 2009 au cours d'un colloque national à Paris.⁹

La formation :

- Au-delà des agents d'accueil, il s'agit également de sensibiliser l'ensemble du personnel des MDPH et les représentants des CDA aux spécificités du handicap psychique, à la particularité des besoins d'accompagnement et de compensation qu'il génère afin de faciliter l'accès de ce public à une reconnaissance à 80% du handicap et à la prestation de compensation du handicap. Il est à noter que La CNSA a lancé un appel à projets de référencement d'actions de formation, qui se termine en février 2009, à destination des personnels de la MDPH et des CDAPH (accueil téléphonique et physique, accueillir et accompagner une personne présentant un handicap psychique, les demandes d'évaluation du handicap et le GEVA) pour lesquelles se pose la question du financement.

⁹ http://www.creai-idf.org/news/index.php?id_news=118

L'adaptation des procédures d'orientation :

- Il semble en effet indispensable de pouvoir apporter une réponse adaptée aux personnes qui connaissent une aggravation de leur handicap avant que leur situation et état psychique ne se dégradent. Peut être encore plus que pour d'autres types de handicap, les durées d'attentes pour accéder à un établissement ou à un service ont en effet des conséquences désastreuses et coûteuses pour la société. Il convient donc de permettre à ceux-ci d'avoir une certaine réactivité, mais également de mettre en œuvre une logique de parcours pouvant amener à une prise en charge multiple. Pour cela nous préconisons de :
 - Permettre les validations d'orientation MDPH à posteriori : en fonction de ses besoins, une personne peut se rapprocher d'un service ou établissement qui au regard de sa problématique et de ses capacités d'accueil acceptera ou non de la prendre en charge avant même que le dossier de demande ne soit traité. L'orientation se voyant validée par la suite.
 - Evaluer la pertinence de proposer systématiquement à toute personne en situation de handicap psychique une orientation vers un SAVS ou SAMSAH, même en l'absence de demande. La MDPH d'Ile et Vilaine fonctionne d'ores et déjà ainsi, de manière à ce que la personne puisse bénéficier d'un accompagnement dès que le besoin s'en fait ressentir.

- Développer l'accueil temporaire

- Faciliter les passerelles entre les établissements

6.4 LA LUTTE CONTRE LA DISCRIMINATION ET LA STIGMATISATION

Le fait que les personnes en situation de handicap psychique vivent aujourd'hui majoritairement dans la cité induit inévitablement une évolution de leur prise en charge. On passe d'une prise en charge médicale à une prise en charge « sociétale » c'est-à-dire qui prend en compte les divers aspects de la vie sociale de l'individu. La personne doit bénéficier du suivi spécifique de sa pathologie et accéder à l'ensemble des dispositifs de droit commun proposés par la société. Or cet accès reste difficile du fait de l'importante stigmatisation dont elles sont victimes.

Face à ce constat nous préconisons la création d'une instance, d'un « conseil des sages » (à l'instar de la HALDE ou du Défenseur des enfants) qui aurait pour but de défendre les droits et les intérêts des personnes en situation de handicap psychique. Avec une double mission :

- Au niveau individuel : informer de manière précise et détaillée les personnes sur leurs droits et de les accompagner dans leur mise en application et dans leur défense.
- Au niveau sociétal : constituer une force de communication et de sensibilisation face à la diffusion de propos stigmatisants pour les personnes en situation de handicap psychique, notamment en terme d'amalgame maladie mentale-violence ainsi qu'un outil de lutte contre la discrimination.

Il est également indispensable d'initier des actions de sensibilisation qui prépareront la société à l'intégration de ce public. Cela passe par :

- La mise en œuvre d'une démarche de sensibilisation des élus locaux. Ils disposent en effet d'un ensemble de compétences propres ou transversales qui influent sur la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique. Il s'agit donc de les inciter à mobiliser les leviers qui sont à leur disposition :
 - A l'image de ce qui a été initié par la mairie de Lille, ils peuvent mettre en place des formations relatives au handicap psychique à destination de leurs agents municipaux, des personnels des équipements publics afin de les sensibiliser à l'accueil de ce public.
 - Par la prise en compte des besoins des personnes dans la définition des politiques locales (accessibilité, logement...)
 - Par le soutien des GEM de manière financière ou logistique
 - Par la mise en place de conseils locaux de santé mentale
 - En facilitant l'implantation de structures d'accueil sur leurs territoires
- Cette démarche de mobilisation doit également pouvoir s'appuyer sur une sensibilisation de chaque citoyen-électeur. Les représentations collectives des maladies mentales restent en effet encore trop marquées par des stéréotypes véhiculés par des fictions ou des faits divers. Pour cela :
 - Soutenir et valoriser sur chaque territoire les actions mises en œuvre dans le cadre de la Semaine d'Information sur la Santé Mentale
 - Développer des outils de sensibilisation : films, témoignages, débats, rencontres...
 - Sensibiliser les jeunes dès le collège à cette problématique

- Déployer des actions de sensibilisation dans l'ensemble des secteurs d'activités et notamment auprès des acteurs du secteur économique (entreprises, acteurs de l'éducation et de la formation professionnelle, etc..).

Au-delà de son impact sur l'insertion sociale, ce travail d'information, de sensibilisation permettrait également un meilleur repérage des formes débutantes de la maladie et donc une prise en charge précoce.

Enfin, dans beaucoup d'établissements médico-sociaux de la région, les troubles psychiques sont des contre indications d'admission. Il s'agit donc de questionner cet état de fait et d'entamer une réflexion avec l'ensemble de ces structures pour analyser les moyens de faire évoluer cette situation.

6.5 LE MANQUE DE PARTENARIAT DES ACTEURS : RESEAUX HANDICAP PSYCHIQUE ET UN CENTRE DE RESSOURCES.

Le partenariat et la coordination sont des éléments indispensables à la mise en œuvre d'une prise en charge adaptée et cohérente des personnes en situation de handicap psychique. Elle doit se développer au niveau de la prise en charge de situations individuelles, mais également au niveau institutionnel. Pourtant son effectivité reste très limitée : chacun agit au regard de ses missions, avec ses outils et ses relais propres, mais avec une certaine méconnaissance de ce qui développe ailleurs ou dans d'autres champs d'intervention.

Il convient de proposer des outils à même de développer des pratiques partenariales adaptées au paysage local de la prise en charge du handicap psychique. Pour cela nous préconisons :

- **La création de réseaux de prise en charge du handicap psychique au niveau des bassins de vie:** ceux-ci doivent permettre de faciliter l'interconnexion des acteurs intervenants auprès des personnes, mais appartenant à des secteurs d'activités éloignés (par exemple la psychiatrie et le champ de l'insertion professionnelle). Ces réseaux, pour assurer leur pérennité et leur pertinence doivent reposer sur des échelles de territoires humaines et réalistes, l'échelle des 4 territoires de santé de la région seraient par exemple bien trop vaste pour être pertinente dans ce cadre. Ils doivent également partir de situations concrètes, vécues par les usagers. En effet, il s'agit bien de permettre à des professionnels appartenant à des champs variés de communiquer, de développer des outils de coordination adaptés permettant d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique. Il semble pertinent pour cela de prendre en compte les effets de la méthode utilisée lors de la création des réseaux précarité-santé mentale et son évaluation positive. Cette formation-action a consisté notamment en la mise en place de stages croisés qui ont permis une meilleure interconnaissance des acteurs, des pratiques et également des limites d'intervention, élément indispensable pour un travail de coopération.
- **La création d'un centre de ressources sur le handicap psychique.** Ce dispositif est promu au niveau national par le réseau Galaxie et l'UNAFAM et s'inscrit dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002:
« Les établissements ou services dénommés selon les cas centres de ressources, centre d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice des usagers ou d'autres établissements ou services. »

Dans le cadre d'un cahier des charges¹⁰ le réseau Galaxie définit ces centres ressources autour d'un ensemble de missions:

- **L'accueil, le conseil aux personnes et aux familles :** en cohérence et en complémentarité avec les dispositifs ou services existants, il s'agit d'orienter au mieux les familles et les personnes vers des lieux ou des acteurs adéquats et de créer avec eux un climat de confiance à même de peser favorablement sur la suite du parcours de prise en charge.

¹⁰ [http://www.reseau-galaxie.fr/upload/file/cahier%20des%20charges%20crehpsy\(1\).pdf](http://www.reseau-galaxie.fr/upload/file/cahier%20des%20charges%20crehpsy(1).pdf)

- *L'appui à la réalisation d'évaluations approfondies et de bilans* : il s'agit de développer des compétences et des outils afin de venir en soutien aux équipes pluridisciplinaires des MDPH dans l'évaluation du handicap psychique, dans la constitution d'un plan de compensation...
- *L'organisation de l'information à l'usage des professionnels et des familles* : ces centres de ressources doivent remplir une mission de documentation sur les troubles psychiques, les cadres réglementaires, les dispositifs de droit commun ...
- *La formation et le conseil auprès des professionnels* : en liaison avec les professionnels qui interviennent dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique, il s'agit de développer les compétences par le biais de formations, de rencontres, de groupes de réflexion, de journées techniques...
- *La recherche et l'étude* : grâce à leurs missions, ces centres de ressources, sont amenés à collecter un ensemble d'informations, à mener des expérimentations à même d'enrichir la connaissance de ce handicap et des pratiques professionnelles à développer dans le cadre de l'accompagnement de ce public.
- *L'animation de réseau locaux* : dans le cadre du tissu local, ces centres de ressources peuvent fédérer et créer des synergies, des dynamiques de réseau et des pratiques partenariales afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique.
- *Le conseil et l'expertise au niveau national*

Ces centres ressources peuvent donc être amenés à jouer un rôle important dans le développement, la consolidation et la coordination du champ de la prise en charge du handicap psychique. Ils peuvent également constituer un support supplémentaire à même de faciliter la mise en application des préconisations ici formulées et initier ce travail pédagogique à destination de la société afin qu'elle puisse remplir le devoir d'intégration qui est le sien.

Au niveau régional, l'UNAFAM et l'AFEJI portent aujourd'hui un tel projet, il conviendra donc de suivre son évolution.

EN CONCLUSION

Les préconisations peuvent ainsi être présentées à partir de 4 axes d'action :

A - La création d'outils favorisant l'information, l'échange et la rencontre entre les professionnels les usagers et leurs familles pour favoriser l'accès aux droits communs et aux dispositifs spécifiques :

- Site internet
- Réseaux handicap psychique
- Centre de ressource

B - Développer les dispositifs de prise en charge du handicap psychique :

- Analyse quantitative des dispositifs existants par bassin de vie
- Inscription dans les documents de planification (PRIAC et schémas)
- Initiation d'expérimentations afin de développer des compétences spécifiques à l'accompagnement de certains publics.
- Déploiement de manière importante de SAVS et/ou SAMSAH avec des modalités de fonctionnement leur permettant de s'adapter à la variabilité et aux spécificités du handicap psychique.

C - Adapter les outils d'évaluation du handicap psychique

D – Formations :

- Formation des personnels de la MDPH et sensibilisation des partenaires de la CDAPH.
- Sensibilisation des élus à la connaissance du handicap et Formation des agents municipaux.
- Sensibilisation/formation des acteurs de l'éducation nationale, de la formation professionnelle et de l'entreprise.
- Formation d'aide aux familles et proches des personnes en situation de handicap psychique.



LISTE DES SIGLES

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ASV	Atelier Santé Ville
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCOMS	Centre collaborateur à l'Organisation Mondiale de la Santé
CDA	Commission des Droits et de l'Autonomie
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CMP	Centre Médico-Psychologique
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
ESAT	Etablissement et service d'Aide par le Travail
ESEHP	Equipes spécialisées d'évaluation du Handicap Psychique
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FNARS	Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
HDT	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
HL	Hospitalisation Libre
HO	Hospitalisation d'Office
LMCU	Lille Métropole Communauté Urbaine
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire



PERSONNES RESSOURCES AYANT PARTICIPEES A L'ETUDE

Mme Debroas (Directrice ANITA)
Mr Horvath (Chargé d'insertion ANITA)
Mr Bostyn (Directeur INTERVAL)
Mr Boutemy (Chef de service SAVS INTERVAL)
Mme Hardy (Chef de service foyer INTERVAL)
Mme Woitrain, Mme Beaussart, Mme Hemlsdael, (Assistantes sociales et éducatrices au SMPR
Maison d'Arrêt Sequedin)
Mr Hageman (interne en psychiatrie SMPR Maison d'Arrêt Sequedin)
Dr Roelandt (médecin psychiatre)
Dr Durand (médecin psychiatre)
Dr Delannoy (Cadre supérieur de santé 59G02)
Dr Hennebique (médecin psychiatre)
Mme Longuet (62G11)
Dr Lèveque (médecin psychiatre)
Mr Daumerie (CCOMS)
Mr Develter (cadre de santé 59G21)
Mr Meaux (cadre socio-éducatif 59G21)
Mme Duhal (directrice ESAT ETIC)
Mme Deflandre (ergothérapeute dispositif DISPH 59G21)
Mr Masur (SAST Croix Marine)
Mme Lapierre (association 'L'envol Dunkerquois' affilié à l'UNAFAM)
Mr Remy (AFEJI)
Mr Bourel (Chef de service CHRS Agora)
Mr Delor (SAVA-EPDSAE)
Mr Vilt (chef de service Hôtel Social ABEJ)
Mme Lapierre-Armande (L'ADAPT NORD)
Mr Aissa (association ENSEMBLE AUTREMENT)
Mr Dezbonnet (Centre Lillois de Rééducation Professionnelle)
Mme Leroy (ASDAC Cambrai, coordinatrice Réseaux Précarité-santé mentale)
Mr Lepla (Cadre supérieur de Santé 59G35)
Mr Dusautoir (Directeur de Service AGSS UDAF)
Mme Dorée (UDAPEI Nord)
Mr Ellong-Kotto (DDASS Nord)
Dr Fabre (DRASS)
Mr Dognon, Mme Deroubaix (Association Archipel)
Mr Godart (Infirmier hôpital de jour 62G19-20)
Mr Ratel, Mme Jacquet (association Escale, infirmier et assistante de service sociale 62G19-20)
Mr Mauriaucourt (UNAFAM Pas de Calais)
Mr Escaig, Mme Escaig, Mr Pruvost, Mr Lisse, Mr Dupas (UNAFAM Nord)
Dr Chetoui (MDPH Pas de Calais)
Mme Gaudière, Dr Cuvelier (MDPH Nord)
Mr Bonte (Service Habitat LMCU)
Mme Vallenduc (chef de service SAVS R'éveil)
Mr Delpierre (Cabinet du président du CG 62, Affaires sanitaires et sociales)
Mr De Villers (AFP2I)
Mme Rolland (AGEFIPH)
Mr Saison (Résidence les Acacias, Sains Du Nord)

Mr Guens (FAM 'les Pièrides', Linselles)
Dr Sastres-Garau (médecin psychiatre centre de santé MGEN)
Mr Mahé (cadre supérieur socio-éducatif, EPSMAL)
Mme Crunelle (Directrice ARIANE)
Dr Debiève (médecin psychiatre, équipe mobile DIOGENE)
Dr Breton (chef du service de psycho-réhabilitation EPSMAL / représentant Croix Marine)
Mme Pailleux- Ribaucourt (ABEJ Solidarité, Pôle Santé)
Dr Lefebvre (UGECAM, présidente du Conseil d'Administration de la Fédération Régionale de Recherche en santé mentale)
Mr Danel (directeur de la Fédération Régionale de Recherche en santé mentale)
Mme Jaroudi (DSPAPH, CG 59)
Mr Touati (Assistant JL Chagnon, vice président CG 59 délégué aux personnes handicapées)
Mr Rouvière (Direction de l'action sociale, Mairie de Lille)
Mme Kedjam (Service Santé, Mairie de Lille)
Mme Lazzari (Réseau Santé Solidarité)
Mme Regniet (Assistante de service sociale, Centre de santé MGEN)
Mr Duhez (CRAM Nord Picardie)
Mme Molitor (Présidente GEM 'La belle journée')
Mr Vanhauter (Coordinateur GEM 'La belle journée')
Mr Ethuin (Président GEM 'Nord Mentalité')
Mme Lecompte (Animatrice GEM 'Nord Mentalité')
Mme Thibault (Présidente GEM 'Amitié et partage')
Mme Roucou (Usagère)
Mr Allyn (Usager)

COMITE DE PILOTAGE :

Mr Atmaere (URIOPSS)
Mme Lamorille (DDASS 62)
Mr Escaig (UNAFAM)
Mr Fenet (URAF)
Mme Isgolin (EPDSAE)
Mr Ghesquière (ATI)
Mme Dernoncourt (CRAM)
Mme Lore (DDASS 59)
Mme Pikus (DRASS)





Bibliographie sur le handicap psychique

réalisée par Marie Guinchard, documentaliste

Janvier 2009



Cette bibliographie a été réalisée par le C.R.E.A.I. Nord-Pas-de-Calais pour accompagner une étude commanditée par la DRASS Nord-Pas-de-Calais.

Elle reprend une organisation par type de document, et mentionne, en plus des références citées en bas de page de l'étude, d'autres références bibliographiques qu'il nous a paru intéressant de mentionner ici.

CADRE JURIDIQUE

Instruction DGAS/3B n°2008-167 du 20 mai 2008 relative aux groupes d'entraide mutuelle pour personnes handicapées psychiques. [en ligne]. Disponible sur : < http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2008/08-06/ste_20080006_0100_0087.pdf > (consulté le 8 janvier 2009)

Circulaire DGAS/SD/3B n° 2007-121 du 30 mars 2007 relative aux groupes d'entraide mutuelle pour personnes handicapées psychiques. [en ligne]. Disponible sur : < <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-05/a0050134.htm> > (consulté le 8 janvier 2009)

Circulaire DGAS/3B n° 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques. [en ligne]. Disponible sur : < <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2005/05-10/a0100027.htm> > (consulté le 8 janvier 2009)

Note d'information DGAS/PIA/PHAN n°2006-523 du 16 novembre 2006 relative à la mise en place d'un programme expérimental de résidences accueil pour les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, ayant un handicap psychique. Bulletin Officiel de Santé, n°2007.1 du 15/02/2007. [en ligne]. Disponible sur : < <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-01/a0010053.htm> > (consulté le 8 janvier 2009).

Note d'information n° DGAS/PIA/PHAN/2006/523 du 16 novembre 2006 relative à la mise en place de l'expérimentation des résidences accueil. [en ligne]. Disponible sur : < <http://www.unafam.org/telechargements/NoteDGAS-PIA-PHAN-2006-523.pdf> > (consulté le 8 janvier 2009)

Circulaire DGAS/SDA no 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais. [en ligne]. Disponible sur : < http://www.unafam87.org/img/Circulaire%20DGAS2002-595_maisonsrelais.pdf > (consulté le 8 janvier 2009)

OUVRAGES

ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES REGIONAUX POUR L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE INADAPTEES (A.N.C.R.E.A.I.). *Veille du réseau des CREAI, observation des actions de terrain : réponse aux besoins des personnes présentant un handicap psychique.* Paris : A.N.C.R.E.A.I., 2007, 75p. [en ligne]. Disponible sur : < http://www.ancreai.org/IMG/pdf/Veille_HP_ANCREAI-2.pdf > (consulté le 12/01/09)

Résumé :

Ce document rend compte des actions du dispositif de veille "handicap psychique" mis en place par l'ANCREAI de mai 2006 à septembre 2007. Ce dispositif porte sur la prise en compte des besoins des personnes handicapées du fait des troubles psychiques et sur l'amélioration de l'accompagnement dans leur vie quotidienne et leur participation sociale. Les auteurs ont élaboré 42 fiches dont 36 sont exploitables pour décrire ces actions. Trois dimensions de cet accompagnement paraissent dans ces fiches. Il s'agit de l'habitat, la formation professionnelle et emploi, la vie sociale et culturelle. Les auteurs présentent ici l'organisation de ces fiches en mettant l'accent sur la thématique de l'accès et du maintien dans le logement. (Notice et résumé extraits de la Banque de données en santé publique)

BAPTISTE (René). *Reconnaître le handicap psychique. Développer et améliorer la réinsertion sociale et professionnelle des personnes psychiquement fragiles.* Lyon : Chronique Sociale, 2005, 165p. (Comprendre les personnes).

Résumé :

Fin le temps où le handicap psychique était ignoré ou mal défini ! La reconnaissance officielle par la loi "pour l'égalité des chances et des droits, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées" est une étape décisive pour les personnes handicapées psychiques. Mais l'avenir est à construire. Comment les professionnels

les associations, les pouvoirs publics, vont-ils unir leurs efforts pour réussir une politique de réinsertion ambitieuse, c'est-à-dire à la hauteur des besoins ? Cet ouvrage met en avant les principales spécificités du handicap psychique. Il rappelle ce qui existe déjà et détaille le fonctionnement des dispositifs de base qui devraient être implantés dans chaque bassin de vie et d'emploi. Il s'appuie sur les valeurs de transition et de coopération qui sont indispensables pour soutenir les parcours individualisés des personnes psychiquement fragiles. Cet ouvrage fait, pour la première fois, un point complet de la situation et propose des pistes d'actions concrètes. Il est destiné à tous ceux qui s'intéressent à la réussite de la réinsertion sociale et professionnelle des personnes psychiquement fragiles : les élus, les familles, les responsables administratifs, les professionnels du travail social, à ceux qui n'acceptent pas qu'une part importante du corps social reste en marge de la société et de ses droits fondamentaux. (Notice et résumé extraits de la Banque de données en santé publique)

BARREYRE (Jean-Yves), MAKDESSI (Yara). *Handicap d'origine psychique et évaluation des situations. Volet 1 Recherche documentaire*. Paris : CNSA-CEDIAS, 2007, 86p. [en ligne]. Disponible sur :

< http://www.ancreai.fr/IMG/pdf/hand_psy_biblio_VOLET1definitif_CNSA.pdf > (consulté le 12/01/09)

Résumé :

La recherche documentaire sur le handicap d'origine psychique est la première phase d'une démarche globale ; elle sera suivie d'une expérimentation de terrain (MDPH/équipes de santé mentale) qui s'appuiera donc aussi sur les productions écrites (rapports officiels, littérature grise, outils et protocoles méthodologiques, etc.). Ces deux premières phases seront suivies d'un séminaire de recherche avec les mêmes acteurs et d'un colloque de présentation des résultats. La recherche documentaire a pour objet de repérer et de présenter, de manière synthétique, les éléments des débats actuels autour de l'évaluation du handicap d'origine psychique : la définition et l'identification des situations d'origine psychique, des méthodes ou des outils d'analyse du fonctionnement individuel, psychique et social, quelques exemples d'expériences récentes. (Notice et résumé extraits de la Banque de données en santé publique)

BENAROSCH (Jacob). PHILIP (Christine). Centre National d'Etudes et de Formation pour l'Enfance Inadaptée. (C.N.E.F.E.I.). *Vivre avec un handicap psychique*. Suresnes : CNEFEI, 2004, 79p. (Histoires de vie).

Résumé :

Ce fascicule fait partie d'une série présentant des histoires de vie de familles ayant un enfant en situation de handicap. Il s'agit ici d'une famille avec une jeune femme de 29 ans présentant un handicap psychique, vivant chez ses parents, sans activité sociale ni professionnelle au moment de l'histoire de vie. Elle travaille à mi-temps depuis quelques mois dans un Centre d'aide par le travail (CAT). Sa mère, son père et sa soeur témoignent tour à tour de leur parcours familial. Mais l'originalité de cette histoire de vie par rapport aux autres, c'est le témoignage de cette jeune femme qui s'exprime elle-même. Elle a franchi une étape dans l'acceptation de sa maladie. Elle a acquis une attitude responsable vis-à-vis de son traitement et des soins. Comme pour les autres histoires, un commentaire de l'enquêteur suit ces témoignages et constitue un contre point. Il souligne la difficile situation de la famille confrontée à une maladie psychique : une grande solitude et le manque de collaboration avec des professionnels. Les parents sont dé-légitimés de leur rôle parental, les professionnels visent à les maintenir à l'écart plutôt qu'à les associer à la prise en charge. Ces histoires de vie ont été construites dans le cadre d'un observatoire mis en place dans le projet Equal Conciliation Famille Handicap, pour faire un état des lieux de la situation de ces familles et apprécier leurs difficultés et leurs besoins. Une analyse transversale a été réalisée à partir de quinze histoires de vie, prenant en compte huit handicaps. Elle sera intégrée dans chacun des fascicules. (Notice et résumé extraits de la Banque de données en santé publique)

COUPECHOUX (Patrick). *Un monde de fous : Comment notre société maltraite ses malades mentaux*. Paris : Ed. du Seuil, 2005, 358p.

Présentation :

Le fou est l'exclu par excellence. Gênant pour le bon fonctionnement social, perturbant pour notre vision de la norme, le fou fait peur. Exilé... Enfermé... Pourtant, il appartient à l'humanité et l'interroge. Humain, si humain... Regards sur l'histoire, regards d'aujourd'hui... Comment notre époque fait-elle face au problème de la maladie mentale ?

Quelles sont les finalités de la psychiatrie ? Quelles sont ses missions ? Quelle est la vision que nous avons aujourd'hui de la maladie mentale ? Quels sont ses rapports avec la société ?

Les profondes mutations et les importantes remises en cause du système psychiatrique français donnent lieu aujourd'hui à un vif débat. Des reportages de terrain, auprès des principaux acteurs du milieu psychiatrique et auprès des malades, au sein des familles, dans les hôpitaux et les institutions, mais aussi dans la rue et les prisons... Au-delà des témoignages qui rendent compte de la diversité des points de vue, il s'agit bel et bien d'un

voyage dans un univers touchant, car humain, que nous propose Patrick Coupechoux. Il s'agit enfin d'un regard sur la façon dont notre société entend aborder le problème de la maladie mentale. (Présentation éditeur)

KOVES (V.), LOPEZ (A.), PENOCHET (J.-C.) et al. *Psychiatrie années 2000: Organisations, évaluations, accréditation*. Paris : Flammarion, 1999, 288p. (Médecine-science)

Présentation :

A l'heure de la maîtrise des dépenses de santé, de l'évaluation des soins, de l'accréditation des centres de soins, ce livre unique et original, fait le point sur les principales orientations en politique de santé mentale en France, sur les principales méthodes d'évaluation des soins en psychiatrie, sur les expériences de qualité déjà entreprises et sur les perspectives qui s'ouvrent sur l'organisation de la psychiatrie à l'aube du deuxième millénaire. Divisé en trois parties : l'organisation des soins en psychiatrie, l'évaluation médico-économique et l'information médicale en psychiatrie, enfin l'évaluation accréditation, il aborde en 35 chapitres, des notions essentielles sur la prise en charge des malades atteints d'affections psychiatriques et de leurs familles, sur les modalités des actions de prévention, de soins et de réinsertion sociale et professionnelle des patients, quel que soit le type de maladie psychiatrique qui les frappe et quelle que soit la pratique psychiatrique considérée, hospitalière ou de ville.

Rédigé par 32 auteurs, tous spécialistes dans le domaine traité, l'ouvrage est dirigé par : Viviane KOVES, psychiatre, médecin de santé publique, directrice du département de recherche en santé publique de la MGEN, en liaison avec l'Université PARIS V Michel REYNAUD, psychiatre, chef de service de psychiatrie au CHU, Hôpital Saint-Jacques à Clermont-Ferrand. Alain LOPEZ, psychiatre à la DRASS de Lyon, médecin inspecteur régional. Jean-Claude PENOCHET, psychiatre, médecin chef au CHU, Hôpital de la Colombière à Montpellier. LE PUBLIC Psychiatres, psychologues, psychanalystes, directeurs d'établissement de soins, étudiants en psychiatrie (Présentation éditeur).

LE ROY-HATALA (Claire). *Handicap psychique et emploi*. Nanterre : Programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés 92. (P.D.I.T.H.), 2008, 39p.

Résumé :

Ce guide est consacré à la problématique du handicap psychique, de l'insertion professionnelle et du maintien dans l'emploi : 2% de la population souffre de troubles psychiques. Ce guide, destiné à l'ensemble des professionnels de l'insertion et de l'accompagnement des personnes handicapées, propose des axes de réflexion face à leur intégration et leur maintien dans l'emploi. Les annexes comprennent le répertoire des acteurs de l'insertion en milieu ordinaire et protégé dans les Hauts de Seine et dans la région parisienne, la liste des organismes d'accompagnement et d'écoute et des structures de soins. (Notice et résumé extraits de la Banque de données en santé publique)

MESSIDOR. *Handicap psychique et réinsertion. L'expérience de Messor*. Lyon : Messor, 2000, 150p.

Résumé

Messor gère des Centre d'Aide par le Travail et des Ateliers Protégés. Toutes les personnes qui y sont accueillies ont une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) attribuée par la COTOREP qui les a orienté vers ces établissements. Il est difficile d'évaluer la capacité de travail de ces personnes handicapées psychiques (inférieure ou supérieure à 1/3) en raison de l'irrégularité des manifestations. Messor utilise une méthodologie d'insertion qui relèvent de deux axes : la mise en situation de travail productif, la mobilisation et le soutien de la dynamique d'insertion. Les personnes orientées vers Messor ont toutes été soignées pour des troubles mentaux, la plupart ont connu l'hôpital psychiatrique et progressivement se sont coupées du monde extérieur. (Notice et résumé extraits de la Banque de données en santé publique)

MONTCHAMP (Marie-Anne) / éd., LE ROY HATALA (Claire), LEBOYER (Claire), BAILLY (Jean-Paul), BAYOL (Gérard), REDOUIN (Jean-Paul), SPINETTA (Jean-Cyril), BANCEL CABIAC (Brigitte), HENNION (Thierry), MONTFORT (Annick). *Entreprise et handicap psychique : des pratiques en question*. Paris : Agence Entreprises & Handicap, 2008, 159p.

Résumé

Un quart des salariés feront au cours de leur carrière l'expérience de troubles psychiques, l'entreprise peut-elle s'en désintéresser ? Quelle est la part de responsabilité de l'entreprise quant à l'insertion et au maintien dans l'emploi de salariés ayant fait l'expérience de troubles psychiques ? Dans quelle mesure ces troubles impactent la performance de l'entreprise ? L'entreprise peut-elle par une attention portée au handicap psychique dans un projet stratégique global et durable, améliorer sa performance ? Ce sont quelques unes des questions auxquelles l'Agence "Entreprise et handicap" a tenté de répondre, en invitant les acteurs référents du sujet à s'exprimer et à

partager leur expertise. Si cette problématique est encore jeune pour le monde économique, elle intéresse directement le questionnement développé aujourd'hui autour de la question de l'emploi, de la pénibilité au travail, de la capacité des organisations à maintenir des salariés en considérant leur singularité. Cette question interroge aussi l'entreprise sur sa capacité à évoluer avec son environnement. Cette réflexion est proposée en 4 étapes : 1. Qu'est ce que le handicap psychique ? 2. Handicap psychique et entreprise performante ; 3. Les besoins spécifiques au handicap psychique dans l'emploi ; 4. Des ressources externes à l'entreprise : mission et partenariat. (Notice et résumé extraits de la Banque de données en santé publique)

SERAPHIN (Gilles) / éd. Union Nationale des Associations Familiales. (U.N.A.F.). Paris. Mission Interministérielle de Recherche et d'Expérimentation. (M.I.R.E.). Paris. *Le handicap psychique chez les personnes majeures protégées : définition et indicateurs pour une recherche contextualisée : projet de définition MiRe 05/132*. Paris : MIRE, 2007, 124p. [en ligne]. Disponible sur : http://www.unaf.fr/IMG/pdf/Projet_de_definition_MiRe_05_132_2_.pdf (consulté le 22/12/08)

Résumé :

La loi de février 2005 sur le handicap reconnaît la notion de "Handicap Psychique" qui reste mal définie. L'Observatoire National des Populations "majeures protégées" du pôle Observatoires Recherche Statistiques (ORS) de l'UNAF a réalisé, dans le cadre d'un appel d'offre de la MIRE (Mission Recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques au ministère de la santé), une définition de ce handicap en se fondant sur une étude des populations majeures protégées suivies dans les UDAF. (Notice et résumé extraits de la Banque de données en santé publique)

VELPRY (Livia). *Le quotidien de la psychiatrie : Sociologie de la maladie mentale*. Paris : Armand Colin, 2008, 330p. (Sociétales)

Présentation :

La psychiatrie publique française est en crise, on le sait. La prise en charge de pans entiers du malheur social se télescope avec le manque de psychiatres, de moyens ou de structures alternatives à l'hospitalisation. Des faits divers dramatiques sont mis en avant par les médias et la criminalisation des malades mentaux est à l'ordre du jour. Mais que savons-nous du quotidien de la psychiatrie ? Quels sont les pratiques des professionnels, les parcours et les modes de vie des patients ? Cette enquête sociologique de plusieurs années dresse un portrait précis du monde ordinaire de la psychiatrie et des différentes façons de vivre avec la maladie mentale dont témoignent professionnels et patients. (Présentation éditeur)

ARTICLES DE PERIODIQUES, DOSSIERS

BERTOLOTTO (Fernando). Fonctions Spécifiques des élus locaux en matière de santé mentale. *Rhizome*, n°24, octobre 2006, pp. 5-6. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.orspere.fr/IMG/pdf/Rhizome24.pdf> (consulté le 08 janvier 2009).

BOTTA (Jean-Marc), et.al. Handicap psychique : de la reconnaissance aux réponses de terrain. *Dossier technique*. Lyon : CREAI Rhône-Alpes, n°139, 2007, 24p.

Résumé :

Avec la reconnaissance légale du handicap psychique, la demande va être forte sur les réponses sociales et médico-sociales, existantes ou à inventer, et il faudra soigneusement les articuler en "aval" du dispositif sanitaire. Ces réponses sont d'autant plus à inventer qu'elles permettront de lever le cloisonnement entre les dispositifs et entre les intervenants, tant la labilité des parcours des personnes handicapées par la maladie mentale oblige à un réglage permanent du soin, de l'hébergement, de la formation, de l'insertion professionnelle, dans un projet d'accompagnement en mouvement permanent. L'urgence de réponses appropriées aux besoins spécifiques des personnes handicapées psychiques va obliger les acteurs associatifs, les professionnels et les décideurs à s'entendre rapidement sur des bases partagées de "bonnes pratiques". Ce dossier explore quelques-unes de ces entrées, en renonçant délibérément à toute prétention d'exhaustivité. (RA).

BOURDAIS-MANNONE (C.), JIMENO (M.T.). L'incidence du handicap psychique chez l'enfant dans le Var en 2001 à partir des dossiers de la CDES. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 55, n°6, décembre 2007. pp. 433-439.

Résumé :

Grâce à un traitement automatisé de l'information médicale de la commission départementale de l'éducation spéciale du Var, mis en place depuis 1999, sous la responsabilité d'un médecin épidémiologiste, il est possible de mesurer les taux d'incidence des enfants reconnus handicapés. Cette étude est la première réalisée à partir d'informations médico-administratives de qualité et fiables. Elle a imposé plusieurs réflexions sur les critères de définition du handicap et la nomenclature à utiliser pour définir la déficience du psychisme. Le taux d'enfants reconnus handicapés par la commission du Var est de 2,04 pour mille. Le taux d'enfants porteurs d'une déficience du psychisme reconnue par la Commission est de 1,25 pour mille. Ces taux sont 2,5 fois plus élevés chez les garçons. Les déficiences du psychique sont principalement repérées entre cinq et neuf ans, au moment de l'entrée à l'école primaire. L'ouest du département a des taux de troubles névrotiques, réactionnels, des fonctions instrumentales et des apprentissages plus importants que les autres zones. Pour l'est du département, ce sont les taux de psychoses, de pathologies de la personnalité et des troubles évolutifs qui sont les plus importants. La distribution des pathologies déclarées reflète probablement l'état de l'équipement du secteur sanitaire de pédopsychiatrie et de la répartition des prises en charge libérales. La zone géographique de Draguignan est significativement sous-équipée en structures médicosociales mais se distingue par un taux élevé d'enfants porteurs d'un handicap psychique. La Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances prévoit de recenser les personnes touchées par un handicap et les pathologies qui en sont à l'origine, à définir la cause du handicap, à améliorer l'accompagnement de ces personnes et à développer des actions de réduction des incapacités et de prévention des risques. C'est au sein des maisons départementales de la personne handicapée que les systèmes d'information devront recueillir un minimum commun d'informations standardisées pour satisfaire aux exigences de la Loi de 2005 et participer à la planification des moyens en établissements médicosociaux. (R.A.).

BUNGNER (M.), BACHIMONT (J.), HAUET (E.). Psychiatrie et santé mentale - Innovations dans le système de soins et de prise en charge. L'accompagnement des personnes souffrant de handicap psychique. Délégués de tutelle auprès de personnes souffrant d'atteintes psychiques et mentales. Nouvelles tâches ou fonction d'accompagnement méconnue ? *Revue française des affaires sociales*, n°1, mars 2004, pp. 145-163.

Résumé

Un premier travail d'enquête mené auprès des familles adhérentes à l'Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM) sur les conditions de vie des personnes souffrant de troubles psychiques vivant en milieu ordinaire a montré qu'une aide apportée par la famille était indispensable pour la quasi-totalité d'entre elles. Fort de ce constat, nous avons cherché à savoir ce qu'il en était des conditions de vie des personnes démunies de proches susceptibles de les aider. Nous avons choisi comme voie d'accès à cette population deux associations tutélaires spécialisées dans la gestion des mesures de protection juridique prononcées envers des personnes affectées de troubles mentaux et avons fait l'hypothèse qu'en l'absence d'une présence soutenue de la famille, les délégués à la tutelle pouvaient être un maillon essentiel de l'aide apportée. Nous avons ainsi pu mettre en évidence que la mission "ordinaire" des délégués à la tutelle, telle qu'elle est décrite dans le Code civil, était assortie de nouvelles tâches visant à assurer un accompagnement personnalisé à ces catégories de personnes particulièrement fragiles ou vulnérables mises sous protection juridique. Il semble ainsi qu'une nouvelle fonction de l'activité des délégués à la tutelle soit en train d'émerger qui, pour la population des malades mentaux, trouve en partie son origine dans la politique de déshospitalisation. Cette recherche a permis de comprendre comment cette fonction se décline au quotidien selon quatre modes de gestion distincts renvoyant aux diverses situations médicales et sociales des personnes protégées. (Notice et résumé extraits de la Banque de données en santé publique)

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES : *Neuf lauréats à l'appel à projets de recherche handicap psychique*. Disponible sur : http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=549 (consulté le 08/12/08).

CANNEVA (J). *Dans le partenariat qui s'instaure autour du handicap psychique, quelle est la place des professionnels de la santé mentale et au nom de quelles valeurs agiront-ils ?*. Pratiques en santé mentale, vol 52, n°3, 2006, p. 23-25.

Résumé :

L'auteur note l'apport des GEM dans la reconnaissance du handicap psychique et dans la façon dont soignants et proches devront collaborer au profit des personnes souffrant de troubles psychiques. (Résumé Ascodocpsy)

CANNEVA (J.). Les premiers résultats de l'enquête auprès des adhérents de l'UNAFAM en janvier 2004 sur le mode d'accompagnement de leurs proches. *Un autre regard*, n°1/2 2004, 11p. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.unafam.org/telechargements/enqueteunafam2004.pdf> (consulté le 09/01/09)

CHAPIREAU (François). Handicap psychique : sortir de la confusion. *Santé mentale*, n°106, mars 2006, pp. 24-27.

Résumé :

Qu'est-ce que le handicap psychique ? Quelle différence y-a-t-il par rapport au handicap mental ? Pourquoi certains sont-ils si vigoureusement opposés à cette notion alors que d'autres disent qu'elle apporte le progrès ? Qu'est-ce que cela change, pour les patients mais aussi pour les soignants ? (R.A.).

CUERQ (Anne), PAITA (Michel), RICORDEAU (Michel). Les causes médicales de l'invalidité en 2006. *Points de repères*, n°16, juillet 2008, pp. 1-8. [en ligne]. Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_16.pdf > (consulté le 09/01/09)

BELLAMY (Vanessa), ROELANDT (Jean-Luc), CARIA (Aude). Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Etudes et résultats*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, n°347, octobre 2004. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er347.pdf> > (consulté, le 08/12/08).

Résumé :

L'enquête La santé mentale en population générale : images et réalités (SMPG), réalisée par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) en collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a pour objectifs principaux, d'une part de décrire les représentations liées à la « folie », la « maladie mentale », la « dépression » et aux différents modes d'aide et de soins et, d'autre part, d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux parmi les adultes, en population générale. Cette enquête, réalisée auprès d'environ 36 000 personnes de 18 ans et plus (en France métropolitaine) exclut de son champ certains groupes comme les personnes vivant en institutions, en maison de retraite, hospitalisées, incarcérées, ou sans domicile fixe, dont une proportion significative a des pathologies avérées. Elle s'est déroulée sur différents sites français, principalement entre 1999 et 2003. (Notice et résumé extraits de la Banque de données en santé publique)

DURAND (B.). Le handicap psychique. Nouveau concept ? Ou retour aux origines de la FASM Croix-Marine ? *Pratiques en santé mentale*, vol 52, n°3, 2006, p. 4-8.

ESCAIG (B.), Ministère des Affaires Sociales du travail et de la solidarité. Ministère de la Santé de la Famille et des Personnes. Psychiatrie et santé mentale - Innovations dans le système de soins et de prise en charge. L'accompagnement des personnes souffrant de handicap psychique. La force d'imaginer : les usager-familles, source d'innovation dans l'accompagnement de personnes souffrant de troubles psychotiques. Point de vue. *Revue française des affaires sociales*, n°1, mars 2004, pp. 165-178.

Résumé :

La maladie psychique ne touche pas que la seule personne malade, elle se nourrit de tout l'entourage ; c'est pourquoi nous parlons d'usager-famille et d'usager-patient. La maladie est "co-vécue" par la famille, qui accumule ainsi un savoir profane. Le médecin sait la maladie, la famille sait le handicap. Un savoir qui pousse à changer,

comme tous les savoirs. Pour bien comprendre cette force d'imaginer, il est nécessaire de décrire d'abord la situation de la famille dans la maladie psychique, là où se construit le savoir profane. Puis, dans un second temps, de décrire les résistances contre lesquelles il se construit, résistances dans le système de soins, et quel rôle joue la démarche qualité, résistances dans les institutions territoriales, autre partenaire incontournable. Nous pourrions alors prendre quelques exemples pour montrer comment les familles peuvent créer quand même des structures innovantes, et analyser quelles mesures prendre pour mieux réussir demain. (Notice et résumé extraits de la Banque de données en santé publique)

ESCAIG (B.). Par-delà la maladie, le handicap psychique : de nouveaux enjeux pour la psychiatrie. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, vol X, n°100, 2006, p. 49-51.

Résumé :

Autrefois, les personnes souffrant de troubles psychotiques étaient hospitalisées de longues années, parfois toute leur vie. Aujourd'hui, 95% vivent dans la cité et continuent à être suivis par le psychiatre et les infirmiers de secteur mais aussi par des psychologues, des travailleurs sociaux et des éducateurs dont le rôle est essentiel pour leur réadaptation sociale et professionnelle. (Résumé Ascodocpsy)

HELFTER (Caroline). Familles et professionnels formés à faire front commun face au handicap psychique. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2554, 18 avril 2008. pp 31-32.

Résumé :

Pensée par et pour l'entourage de personnes atteintes de handicap psychique - familles, soignants, professionnels du secteur social et médico-social -, une formation, expérimentée en Rhône-Alpes, montre l'intérêt qu'ont les différents maillons de la chaîne de l'accompagnement à mieux se connaître de façon à savoir, en cas de besoin, à qui passer la main. (Résumé ASH)

HELFTER (Caroline). Santé mentale et action sociale : Faire bouger les frontières pour combattre l'impuissance. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2463, 7 juillet 2006. pp. 29-30

Résumé :

Le constat n'est pas nouveau. De séminaires en états généraux, livres blancs ou sombres cahiers de doléances le répètent à l'envi : il faut mettre un terme au gigantesque ping-pong entre la psychiatrie et le social, dont les usagers font les frais. Reste, cependant, à sortir du lamento pour ajuster les réponses aux difficultés des sujets en souffrance. Ici ou là, des professionnels du soin et de l'accompagnement social s'y emploient, allégeant, du même coup, le fardeau de leurs impuissances respectives. (Résumé ASH)

JAEGER (Marcel). La psychiatrie : entre l'ornière et l'échappée : Questions de vocabulaire autour du concept de handicap psychique. *Vie sociale*, n°3, 2003, pp. 9-17.

Résumé :

Derrière les questions sémantiques se jouent des questions politiques, ne serait-ce qu'en termes d'organisation de la protection sanitaire et sociale, puisque ces concepts procèdent d'un télescopage de notions et d'un brouillage des frontières entre le champ de la maladie mentale et celui du handicap mental. L'auteur analyse les différences entre le handicap mental ainsi que la distinction entre souffrance psychique et souffrance psychique invalidante. (Notice et résumé extraits de la Banque de données en santé publique)

LE CARDINAL (Patrick), ETHUIN (Claude), THIBAUT (Marie-Christine). Quand la conquête de la citoyenneté renverse le cycle de la stigmatisation. *L'information psychiatrique*, vol. 83, n°10, décembre 2007. pp. 807-814.

Résumé :

La psychiatrie moderne est à un tournant de son histoire où les usagers prennent une place croissante dans les services de santé mentale. Dans le cadre du Centre collaborateur de l'OMS (Lille, France) pour la recherche et la formation en santé mentale, une recherche-action est menée depuis 3 ans intégrant des usagers en tant qu'experts d'expérience. À travers de nombreux témoignages d'usagers, d'une formation sur la résilience et de découverte expériences novatrices en Europe et au Canada, le groupe de recherche a élaboré de nouveaux concepts et mis en place plusieurs actions allant dans le sens d'une reconquête de la citoyenneté. Trois étapes ont été décrites aux niveaux individuel, groupal et sociétal pour enrayer à chaque niveau le cycle de la stigmatisation et entrer dans la dynamique du rétablissement. La perspective de la création en France d'un statut de pairs-aidants est une des illustrations de la reconnaissance possible de l'expertise spécifique des usagers à partir de leurs expériences. (R.A.)

M. (M-J). Vers une fédération des associations gestionnaires de structures « handicap psychique » ?. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2545, 15/02/08, p. 46.

MORIN (Thomas). Épisodes dépressifs : des situations multiples. *Etudes et résultats DRESS*, n° 661. octobre 2008. [en ligne]. Disponible sur :
< <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er661.pdf> > (consulté le 09/01/09)

PIVETEAU (D.) et. al. La CNSA et le handicap psychique : de l'évaluation à la compensation. *Pluriels*, n°74, 2008, pp. 1-15. [en ligne]. Disponible sur :
< <http://www.mnasm.com/downloads/Pluriels%2074.pdf> > (consulté le 09/01/09)

PAGNEUX (Florence). Un « fil rouge » pour tirer les handicapés psychiques vers l'emploi. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2585, 5 décembre 2008, pp 33-34.

Résumé :

Expérimenté depuis 2005 en Ille-et-Vilaine, le dispositif « Fil rouge » offre un accompagnement sur mesure aux personnes souffrant de troubles psychiques, via un partenariat entre les acteurs du soin, du social et de l'entreprise. Les objectifs sont de faciliter leur insertion professionnelle ou leur maintien dans l'emploi, et de favoriser leur ancrage dans la vie sociale. (Résumé ASH)

PAQUET (Michel). Handicap psychique : une prise en charge par-delà les clivages sanitaires et sociaux. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2530, 9 novembre 2007. pp. 19-21.

Résumé :

Face à la complexité du handicap psychique, les réponses sont souvent mal adaptées. Dans l'Isère, un réseau de santé regroupant familles, soignants, acteurs sociaux et médico-sociaux propose aux personnes une évaluation globale de leurs capacités et les aide à élaborer un parcours d'insertion personnalisé. Chaque acteur ne représente qu'une partie de l'accompagnement. (Notice et résumé extraits de la Banque de données en santé publique)

PARIS (N.). Place du projet professionnel dans l'expression du projet de vie des personnes en situation de handicap psychique : pour une évaluation et un accompagnement adaptés. *Pratiques en santé mentale*, vol 54, n°2, 2008, pp. 31-33.

PIVIN (M.). La MDPH : face au handicap psychique, quel projet de vie ? *Pratiques en santé mentale*, vol. 54, n°2, 2008, pp. 21-24.

PHILIP (Christine). Comment faire ? Le défi de l'analyse de pratiques : Entre handicap mental et psychique et troubles importants des fonctions cognitives : quelle terminologie ? *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n°41, 2008. pp. 249-259.

Résumé :

Il s'agit à la fois de réfléchir aux caractéristiques d'une population très hétérogène mais aussi aux appellations diverses auxquelles on a recours depuis quelques années pour la nommer. C'est une population aux pathologies très variées, que l'on a regroupées sous l'appellation de "handicap mental" mais aussi récemment dans les textes sur les UPI et sur les CLIS sous le nom de "troubles importants des fonctions cognitives". Après avoir donné une idée de cette diversité et précisé les lieux et les possibilités de scolarisation de ces élèves, un questionnement est ouvert sur les risques liés à l'utilisation de ces catégories englobantes qui font perdre de vue les spécificités de ces élèves. (RA).

ROUSSEL (P.). La loi du 11 février 2005 et l'évaluation du handicap psychique. *Pratiques en santé mentale*, vol 54, n°2, 2008, pp. 25-29.

ETUDES, RAPPORTS

BARREYRE (J.Y.), MAKDESSI-RAYNAUD (Y.), PEINTRE (C.). Les patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie adulte en Ile-de-France : Enquête de l'A.R.H.I.F. Paris : Délégation régionale ANCREAI Île-de-France – CEDIAS, 2003, 188 p. [en ligne]. Disponible sur :

<[http://www.parhtage.sante.fr/re7/idf/doc.nsf/VDoc/C1256B21004AA61680256E59005D1D1E/\\$FILE/enqu%C3%AAtepatientsaulongcours.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/idf/doc.nsf/VDoc/C1256B21004AA61680256E59005D1D1E/$FILE/enqu%C3%AAtepatientsaulongcours.pdf)> (consulté le 8 janvier 2009).

CHARZAT (Michel). *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2002, 138 p. [en ligne]. Disponible sur : http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp_ref=024000350&brp_file=0000.pdf (consulté le 09/01/09).

Résumé :

La problématique du rapport concerne le concept de handicap (handicap mental et handicap psychique, les troubles psychiques à l'origine de handicaps), les données générales sur la situation et les besoins d'aide des personnes " handicapées psychiques ". Une deuxième partie traite de la question du handicap psychique à travers les difficultés de la vie quotidienne (notamment la stigmatisation, la méconnaissance et la crainte, la souffrance de la personne, la rupture du lien social, le poids des traitements, la souffrance et la charge de la famille et de l'entourage). Les réponses à apporter sont suivies de recommandations détaillées (faire l'inventaire de l'existant et le faire connaître, développer une offre de soins de proximité en psychiatrie articulée avec l'offre sociale et médico-sociale, mettre en oeuvre un plan d'action pour l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées psychiques, informer le public, former les professionnels, aider les associations d'usagers et de familles, développer des programmes d'études et de recherches, reconnaître et promouvoir le rôle des élus).

COLLECTIF UNAFAM. *Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France, associations d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité : Propositions faites lors des réunions de juin 2001*. Paris : Editions de Santé, 2001, 20p. [en ligne]. Disponible sur :

<http://www.unafam.org/telechargements/LivreBlancSanteMentale.pdf> (consulté le 09/01/09).

DELEGATION INTERMINISTERIELLE DE LA VILLE, DELEGATION GENERALE DE LA SANTE. *Le programme santé des Cucs*. In Contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) - Fiches thématiques, novembre 2006, pp10-15. [en ligne]. Disponible sur :

<<http://www.ville.gouv.fr/pdf/dossiers/cucs/cucs-fiches-thematiques.pdf>> (consulté le 08 janvier 2009)

DRASS-DDASS Nord-Pas de Calais. *Santé Mentale en Nord-Pas-de-Calais : images et réalités*. Septembre 2008, 40p. [en ligne]. Disponible sur :

http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/statistiques/sante_mentale2008/sante_mentale2008.pdf (consulté le 8 janvier 2008).

GRAND (T.) / dir., VOLERY (I.), GARNUNG (M.), MANTOVANI (J.), FIERRO (F.), HORIOT (A.). *La constitution du handicap psychique dans le secteur de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes*. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Unité 558 Epidémiologie et Analyses en santé publique risques maladies chroniques et handicaps. Observatoire Régional de la Santé de Midi Pyrénées. (O.R.S.M.I.P.), Association Pour la Recherche et l'Information Sociale et Médicale. (P.R.I.S.M.). Mission Interministérielle de Recherche et d'Expérimentation. (M.I.R.E.). Ministère des Affaires Sociales du Travail et de la Solidarité. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.), 2007, 159p.

Résumé :

Les définitions des troubles et du handicap psychiques, ainsi que leurs formes de prise en compte par les dispositifs publics, restent hétérogènes et très marquées par les sectorisations entre l'emploi, l'action sociale, le médico-social (représenté par divers promoteurs des approches "globales") et le secteur médical. Cette recherche

s'est intéressée à titre expérimental à l'univers de l'insertion socio-professionnelle des jeunes, dont les acteurs, auprès de jeunes en mal d'insertion économique, sont confrontés aux troubles psychiques et à leurs répercussions au niveau de l'accès à l'emploi. Elle se donnait pour objectif d'analyser en quoi les différentes interventions professionnelles, font ou non appel aux catégories du trouble et/ou du handicap psychique, participent éventuellement à en construire empiriquement les définitions, et à leur subjectivation par les jeunes eux-mêmes. Elle confirme, illustre et interroge les décalages et les incertitudes à l'oeuvre, entre catégories de l'insertion et catégories du psychique, fonction des positionnements d'acteurs et de leurs positions dans le dispositif local. L'enquête met aussi particulièrement l'accent sur la distance significative entre d'une part les désignations professionnelles de ce qui fait handicap et de l'autre les constitutions profanes des jeunes sur les difficultés vécues. (R.A.).

LOVELL (A.). Rapport de la Commission « Violence et santé mentale ». *Travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et santé en application de la Loi relative à politique de santé publique du 9 août 2004*. Paris : Ministère de la santé et de la solidarité, 2005, 139p. [en ligne] Disponible sur :
< http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/violence_sante/travail.pdf > (consulté le 08 janvier 2009).

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008, 98p. [en ligne]. Disponible sur :
<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sante_mentale/plan_2005-2008.pdf> (consulté le 08 janvier 2009)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : OMS, 172p. [en ligne] Disponible sur :
< <http://www.who.int/whr/2001/fr/> > (consulté le 08 janvier 2009).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Guide des politiques et des services de santé mentale : la situation de la santé mentale*. Genève : OMS, 2004, 62p. [en ligne] Disponible sur :
< http://www.who.int/mental_health/en/Situation%20de%20la%20sante%20mentale.pdf > (consulté le 08 janvier 2009).

ROELANDT (Dr.), PIEL (Dr.). *De la psychiatrie vers la santé mentale : Rapport de mission, juillet 2001*. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001, 92 p. [en ligne]. Disponible sur :
<http://www.pjd31.org/docs/Reformes/De_la_psychiatrie_vers_la_sante_mentale.pdf> (consulté le 08 janvier 2009).

VIDAL NAQUET (P.A.) Dir.. MOLHO (N.). EYRAUD (B.). *L'insertion professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques : handicap, compensation et aménagement approprié*. Lyon : Centre d'Etude et de Recherche sur les Pratiques de l'Espace, 2007, 86 p. [en ligne]. Disponible sur :
<http://www.reseau-galaxie.fr/upload/modulepublication/cerpe_galaxie_fse.pdf>

Résumé :

Ce rapport s'intéresse à l'insertion professionnelle des personnes souffrant de handicap psychique et à la façon dont celles-ci peuvent (ou non) faire valoir leur droit à l'emploi malgré leur déficience. Plus précisément, il s'agira de se demander comment s'actualise pour les personnes en situation de handicap psychique le droit de bénéficier dans l'entreprise de mesures compensatoires. (Résumé Ascodocpsy)

MEMOIRES

DUPREZ (M.). *Penser le handicap en psychiatrie : enjeux et spécificité du handicap psychique*. Thèse, Médecine, Faculté de médecine de Grenoble, 233 p. 2007.

LE CARDINAL (P.). *Résilience et engagement associatif des usagers en santé mentale*. Mémoire de troisième année du diplôme de psychiatrie clinique et thérapeutique, présenté et soutenu le 6 juillet 2006, Université du droit et de la santé, Lille 2, Faculté de médecine H. Warembourg, 48p. [en ligne]. Disponible sur : http://217.19.202.24/ccoms/docs/DOCUMENTS_UTILES_ET_PUBLICATIONS/pair_aidant/M_mmoireR_silience.pdf (consulté le 08 janvier 2009)

Résumé :

Ce travail, est le résultat d'une recherche-action d'une année qui s'inscrit dans cet esprit de regards croisés qui permet de tenter d'appréhender la santé mentale dans une plus grande complexité. A partir d'un groupe représentatif des différents acteurs, nous avons mené une enquête de terrain, en France et à l'étranger, sur les expériences d'engagement associatif d'usagers en santé mentale. A partir des résultats, des différentes réflexions apportées et de l'évolution des mentalités dans le groupe, nous avons constaté une prise de conscience des usagers qui a permis la mise en place de plusieurs actions que nous détaillerons. Finalement, enrichi par un voyage de recherche au Québec, nous ouvrons des pistes de recherche en faisant quelques propositions concrètes et en proposant un modèle original du rétablissement. (Présentation de l'auteur)

PELISSONNIER (Bernard). Ecole Nationale de la Santé Publique. (E.N.S.P.). Rennes. *Améliorer l'accueil en CAT des personnes en situation de "handicap psychique". Une nécessaire articulation entre sanitaire et social*. Mémoire ENSP de Directeur d'Etablissement Social - CAFDES Option Adult. 2003, 82p.

Résumé :

Directeur de CAT, je constate que les personnes handicapées psychiques sont de plus en plus nombreuses à être orientées en CAT sans être prêtes à reprendre une activité professionnelle. L'accompagnement social de ces personnes au-delà du soin dans le cadre d'un projet global est devenue, aujourd'hui, une priorité reconnue par les politiques de santé mentale. Dans ce cadre, je souhaite améliorer l'accueil au CAT de cette population : en proposant des formules d'accueil plus souples, respectueuses des rythmes de la personne, prenant en compte les limites et les aléas de la maladie mentale, en coordonnant cette transition en partenariat avec le secteur sanitaire, dans le cadre de conventions, pour construire avec la personne ce retour au travail dans la globalité de son projet de vie, en construisant des synergies avec les ateliers thérapeutiques pour préparer en amont la reprise d'une activité professionnelle, en valorisant le travail au CAT, en particulier par une culture d'ouverture sur notre environnement. (R.A.).

CONGRES, COLLOQUES, JOURNEES D'ETUDE

COLDEFI (Magali). *Etat des lieux l'activité publique et privée en psychiatrie*. Rencontre des cliniques psychiatriques privées. Lyon : Institut de recherche et documentation en économie de la santé, 2008. [en ligne]. Disponible sur : www.uncpsy.fr/dotdoc/20080404-reoncontres-uncpsy-diaapos/20080404-Rencontres-Magali%20Coldefy.ppt (consulté le 08 janvier 2009)

COLDEFI (Magali). *L'offre de soin en psychiatrie dans la région Nord-Pas-de-Calais*. IRDES, pour le Conseil scientifique de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale du NPDC, 7 octobre 2008. [en ligne]. Disponible sur : <http://santementale5962.com/conseilscientifique/173295.html> (consulté le 09 janvier 2009)

DRASS Nord-Pas de Calais, ONSMP, OESPERE. *Santé mentale et précarité, les mal lotis du logement ?* : Trajectoires et partenariats. Actes de la journée interrégionale du 13 novembre 2007, mars 2008, 68 p. [en ligne]. Disponible sur :

<<http://www.orspere.fr/IMG/pdf/DRASS-Santementale.pdf>> (consulté le 09 janvier 2009)

DURAND (Dr.). La question du handicap psychique. Cachan : Colloque des services de formation continue des académies de Créteil, Paris et Versailles organisé par le Centre de ressources SMS d'Île-de-France et le Centre National de Ressources en Sciences Médico-Sociales en janvier 2006. [en ligne]. Disponible sur :

<http://sms-idf.ac-creteil.fr/doc_colloque2006/Durand.rtf> (consulté le 09 janvier 2009)

ASSOCIATION NATIONALE DES VILLES POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE. Le maire et le psychiatre : ensemble pour la santé mentale. Grenoble : Actes de la journée d'étude de Grenoble 13 mars 2007 organisée par l'association nationale des villes pour le développement de la santé publique "Elus, Santé Publique & Territoires", 106 p. [en ligne] Disponible sur :

<http://www.espt.asso.fr/images/actesgrenobletextea5_2.pdf> (consulté le 08 janvier 2009)

SARAVANE (D.). *L'abord somatique des patients en santé mentale est-il une nécessité ?* Marseille : Semaine d'Information sur la Santé Mentale du 14 au 16 mars 2007, 3p. [en ligne] Disponible sur :

http://www.arpsydemio.net/publications/abord_somatique_des_patients.pdf (consulté le 08 janvier 2009)

DELEGATION INTERMINISTERIELLE DE LA VILLE. *Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique*. Actes du séminaire de recherche-action DIV/ONSMP-ORSPERE 2003-2004. Saint-Denis La-Plaine : Ed. de la Délégation interministérielle de la ville, 2005. [en ligne] Disponible sur :

<<http://www.ville.gouv.fr/pdf/editions/sante-mentale.pdf>> (consulté le 08 janvier 2009)

SITES INTERNET

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE. [en ligne]. Disponible sur :

<<http://www.cnsa.fr/>> (consulté le 12/01/09)

CENTRE COLLABORATEUR DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, POUR LA RECHERCHE ET LA FORMATION EN SANTE MENTALE, LILLE. [en ligne]. Disponible sur :

<<http://217.19.202.24/ccoms/index.html>> (consulté le 12/01/09)

CROIX-MARINE. FEDERATION D'AIDE A LA SANTE MENTALE. [en ligne]. Disponible sur :

<<http://www.croixmarine.com/>> (consulté le 12/01/09)

FEDERATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'USAGERS EN PSYCHIATRIE. [en ligne]. Disponible sur :

<<http://www.fnapsy.org/>> (consulté le 12/01/09)

FEDERATION REGIONALE NORD PAS DE CALAIS DE RECHERCHE EN SANTE MENTALE. [en ligne]. Disponible sur :

<<http://www.santementale5962.com/>> (consulté le 12/01/09)

RESEAU GALAXIE. Un réseau au carrefour du handicap psychique et de l'emploi. [en ligne]. Disponible sur :

<<http://www.reseau-galaxie.fr/>> (consulté le 12/01/09)

UNION NATIONALE DES AMIS ET FAMILLES DE MALADES PSYCHIQUES. [en ligne]. Disponible sur :

<<http://www.unafam.org>> (consulté le 12/01/09)

TITRES DE REVUES SPECIALISEES

CARNET PSY

ISSN : 1260-5921

Périodicité : bimestrielle

Coordonnées de l'éditeur :

Editions Cazaubon

8, avenue Jean-Baptiste Clément

92100 Boulogne

Tél : 01 46 04 74 35

Courriel : est@carnetpsy.com

Site internet : <http://www.carnetpsy.com>

Edition électronique :

- Accès aux sommaires : Oui
- Accès aux résumés : Non
- Accès au texte intégral : Oui, certains articles seulement

JOURNAL FRANÇAIS DE PSYCHIATRIE

ISSN : 1260-5999

Périodicité : trimestrielle

Coordonnées de l'éditeur :

Eres

11 rue des Alouettes

31520 Ramonville Saint Agne

Tél : 05 61 75 15 76

Courriel : eres@edition-eres.com

Site internet : http://www.edition-eres.fr/resultats_collections.php?COLLECTION=107

Autre site internet : <http://www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie.htm>

Edition électronique

- Accès aux sommaires : Oui, gratuit
- Accès aux résumés : Oui, gratuit
- Accès au texte intégral : Oui, payant

PLURIELS : La lettre de la Mission Nationale d'Appui à la Santé Mentale

ISSN : 1621-3564

Périodicité : trimestrielle

Coordonnées de l'éditeur :

Mission nationale d'appui en santé mentale

5 avenue d'Italie

75013 Paris

Tél : 01 53 94 56 90

Courriel : mission@mnasm.com

Site internet : <http://www.mnasm.com/notrerevue.htm>

Edition électronique

- Accès aux sommaires : Oui, gratuit
- Accès aux résumés : Non
- Accès au texte intégral : Oui, gratuit

PRATIQUES EN SANTE MENTALE : Revue trimestrielle de la fédération d'aide à la santé mentale Croix Marine

ISSN : 1286-1286

Périodicité : trimestrielle

Coordonnées de l'éditeur :

Fédération d'aide à la santé mentale Croix-marine

31 rue d'Amsterdam

75008 Paris

Tél : 01 45 96 06 36

Courriel : croix-marine@wanadoo.fr

Site internet : <http://www.croixmarine.com>

Edition électronique

- Accès aux sommaires : Oui, gratuit
- Accès aux résumés : Non
- Accès au texte intégral : Non

RHIZOME : Bulletin santé mentale et précarité édité par l'Observatoire des pratiques en Santé Mentale et Précarité

ISSN : 1622-2032

Périodicité : trimestrielle

Coordonnées de l'éditeur :

Observatoire régional sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion

CH Le Vinatier

95 boulevard Pinel

69500 Bron

Tél : 04 37 91 53 90

Courriel : orspere@ch-le-vinatier.fr

Site internet : <http://www.ch-le-vinatier.com/orspere/contenu/Rhizomes.aspx>

Edition électronique

- Accès aux sommaires : Oui
- Accès aux résumés : Non
- Accès au texte intégral : Oui

SANTE MENTALE : Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie

ISSN : 1273-7203

Périodicité : mensuelle

Coordonnées de l'éditeur :

Acte presse

12 rue Dupetit Thouars

75003 Paris

Tél : 01 42 77 52 77

Courriel : santementale@wanadoo.fr

Site internet : <http://www.santementale.fr/>

Edition électronique :

- Accès aux sommaires : Oui, gratuit
- Accès aux résumés : Non
- Accès au texte intégral : Non

UN AUTRE REGARD : Revue de liaison trimestrielle de l'UNAFAM

ISSN : 0992-3713

Périodicité : trimestrielle

Coordonnées de l'éditeur :

Union nationale des amis et familles de malades psychiques

12, Villa Compoint

75017 PARIS

Tel : 01.53.06.30.43

Courriel : infos@unafam.org

Site internet : <http://www.unafam.org>

Edition électronique :

- Accès aux sommaires : Non
- Accès aux résumés : Non
- Accès au texte intégral : Non

LETTRES D'INFORMATION

LA LETTRE D'INFORMATION GALAXIE : Réseau au carrefour du handicap psychique et de l'emploi

Coordonnées de l'éditeur :

GALAXIE

foyer EPIS

71 bis rue Louis Soulié

42000 Saint Etienne

Tél. : 04 77 34 36 00

Courriel : contact@reseau-galaxie.fr

Site internet : <http://www.reseau-galaxie.fr/publications.aspx>

LA LETTRE DE LA PSYCHIATRIE FRANCAISE

Coordonnées de l'éditeur :

AFP

6 passage Abel Leblanc

75012 Paris

Tel. 01.42.71.41.11

Courriel : psy-spfafr@wanadoo.fr

Site internet : <http://www.psychiatrie-francaise.com/LLPF/Sommaire.htm>

GUIDES, TEMOIGNAGES

Union Nationale des Amis et Familles de Malades mentaux. (U.N.A.F.A.M.). Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (C.N.S.A.). Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale. (U.N.C.C.A.S.). Union Nationale de L'Aide des Soins et des Services aux Domiciles. (U.N.A.). *L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique*. Paris : UNAFAM, 2008, 33p. [en ligne]. Disponible sur :
< <http://www.unafam.org/telechargements/livret-UNCCAS-handicap-psychique.pdf> > (consulté le 09/01/09).

Résumé :

Ce guide a été réalisé avec l'aide des familles et des professionnels spécialisés, il s'inscrit dans le cadre de l'application de la loi du 11 février 2005 pour aider les personnels accueillants à adopter un comportement adapté aux personnes souffrant d'un handicap psychique. Il est "destiné à accompagner des actions de formation auprès de" non-spécialistes "afin que ceux-ci puissent détecter et accueillir plus vite les personnes concernées et, surtout, faire en sorte que les réponses apportées soient mieux adaptées aux caractéristiques propres de ce type de handicap".

UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS FAMILIALES, FONDATION DE FRANCE. *Familles Gouvernantes, mode d'emploi : Guide pratique*. 54p. [en ligne]. Disponible sur : < http://www.unaf.fr/IMG/pdf/GUIDE_FAMILLES_Gouv.pdf > (consulté le 09/01/09)

Résumé :

Le dispositif « familles gouvernantes » est une réponse associative qui propose de recréer une cellule à dimension familiale pour des personnes isolées, cumulant handicaps ou/et pathologies. Cinq à six personnes, ne pouvant vivre seules de façon autonome et ne relevant plus d'une hospitalisation ou d'un mode d'hébergement institutionnel, sont colocataires de deux appartements de type F4, situés à proximité dans le même immeuble et, si possible, sur le même palier. Elles bénéficient collectivement de la prestation d'un(e) « gouvernant(e) », chargé(e) de veiller à leur entretien et à leur bien-être au quotidien. Entre autorité et affection, le (la) gouvernant(e) les accompagne dans l'organisation de leur vie de tous les jours et les encourage à diverses activités. Les bénéficiaires du dispositif sortent ainsi d'un long isolement familial et social et réapprennent à vivre au sein d'une cellule quasi-familiale.

COMMUNAUTE URBAINE DE LYON - MISSION HABITAT. *Santé mentale et logement*, 2006, 49p. [en ligne]. Disponible sur : < http://www.millenaire3.com/uploads/tx_reesm3/guide.pdf > (consulté le 09/01/09)

Présentation :

Les problèmes de santé mentale ne se limitent pas au comportement dans le logement, cependant la référence spatiale que marque le logement pour l'homme, lui donne une importance majeure. C'est souvent là que les signes de détresse se manifestent, c'est souvent là que se déclenchent les situations d'urgence, impliquant voisins, gardiens, bailleurs, élus... Qui contacter ? Quel relais pour faire face à ces situations ? Quels outils ? Ce sont les questions auxquelles ce guide tente de répondre.

HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation*, juin 2007, 8p. [en ligne]. Disponible sur :
< http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf > (consulté le 09/01/09)

Présentation :

Ces recommandations visent à présenter à l'ensemble des professionnels de santé, aux patients et aux associations ce que recouvre l'éducation thérapeutique du patient (ETP), qui elle concerne, par qui elle peut être réalisée, ses étapes de planification et sa coordination.

Elles sont complétées par deux autres recommandations :

- "Comment proposer et réaliser l'éducation thérapeutique ?"
- "Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ?"

SANTE MENTALE ET EUROPE

COMMUNAUTE EUROPEENNE. *Livre Vert. Améliorer la santé mentale de la population : Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne*. Direction générale Santé et protection des consommateurs, 2005. [en ligne]. Disponible sur :

< http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_fr.pdf >
(consulté le 22/12/08)

Résumé :

La conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale qui s'est tenue en janvier 2005 a débouché sur de solides engagements politiques et sur un plan d'action exhaustif en la matière.

Elle a invité la Commission européenne, co-organisatrice de la conférence avec l'OMS, à contribuer, en collaboration avec cette dernière, à l'application de ce plan dans la limite de ses compétences et conformément aux attentes du Conseil.

Ce livre vert est une première réponse à cette invitation.

Il propose à cet effet d'élaborer une stratégie communautaire sur la santé mentale qui apporterait la plus-value suivante : elle offrirait des structures d'échange et de coopération entre États membres, aiderait à renforcer la cohérence des actions engagées au niveau national et communautaire dans les secteurs liés ou non à la santé et permettrait aux parties prenantes de tous les horizons d'intervenir dans la recherche de solutions.

Le présent livre vert vise à associer les institutions européennes, les pouvoirs publics, les professions de la santé, les parties prenantes d'autres secteurs, la société civile - y compris les associations de patients - et les milieux de la recherche à un débat sur l'importance de la santé mentale pour l'Union européenne ainsi que sur la nécessité d'une stratégie communautaire à cet égard et sur les priorités éventuelles de celle-ci.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Politiques et pratiques en matière de santé mentale en Europe – relever les défis*. Copenhague, Londres, 10 octobre 2008. 191p. ISBN 978 92 890 4279

Résumé :

Ce rapport publié par l'OMS et cofinancé par la Commission européenne donne une idée générale des politiques et pratiques de santé mentale dans 42 États membres de la Région européenne. Il permet d'établir des comparaisons entre pays sur la base d'indicateurs tels que le nombre de psychiatres, le financement, les services de proximité, la formation du personnel de santé, la prescription d'antidépresseurs et la représentation des patients et des aidants.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE EUROPE. *Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe : Relever les défis, trouver des solutions*. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale. Helsinki (Finlande), 12–15 janvier 2005, 9p. [en ligne]. Disponible sur :

< <http://www.euro.who.int/document/mnh/fdoc06.pdf> > (consulté le 12/01/09)

Résumé :

La politique et les services cherchent à atteindre l'intégration et l'équité sociales par la prise en compte, dans une optique globale, de l'équilibre entre les besoins et les avantages de diverses actions menées dans le domaine de la santé mentale et visant la population dans son ensemble, les groupes à risque ainsi que les personnes atteintes de problèmes de santé mentale.

ANNEXES

**Associations intervenant dans le champ du handicap psychique,
structures ressources en région Nord/Pas-de-Calais**



Fédération Nationale des Associations
d'usagers en Psychiatrie

« La Fédération regroupe les associations d'usagers et les représente tant au niveau national qu'europpéen. Elle permet de faire entendre la voix des usagers pour l'élaboration des lois. Elle permet la défense des usagers. Ses objectifs :

- Recenser et regrouper les associations françaises d'usagers en psychiatrie, œuvrer dans les domaines de l'entraide, de la protection et de la défense des intérêts de leurs adhérents
- Accueillir les personnes ayant été soignées en psychiatrie et les orienter vers les associations d'usagers, capables de les aider
- Faciliter l'action de ces associations
- Aider à la création de nouvelles associations ayant des motivations similaires
- Démystifier la maladie mentale auprès de l'opinion publique et de l'entourage des malades
- Diffuser l'information auprès du public par tous les moyens appropriés »

<http://www.fnapsy.org/>



« La Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine, constituée officiellement en 1952, reconnue d'utilité publique, est un mouvement national en faveur des personnes souffrant de troubles psychiques.

Par l'adhésion de 300 associations et de 130 établissements de soin publics et privés, dans une dynamique régionale, en mobilisant les ressources de la communauté, elle est une force d'actions, de propositions, d'innovations dans les domaines des soins, de la réadaptation, de la réhabilitation, de la réinsertion comme dans celui de la prévention.

L'outil associatif est pour la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine un facteur essentiel de coopération et de partenariat pour permettre une articulation entre soins et actions sociales, entre l'individuel et le collectif, entre actions spécialisées ou non, entre psychiatrie et santé mentale.

DEVELOPPER LA PREVENTION ET L'INNOVATION

- **Promouvoir les soins psychiatriques** aux personnes, là où elles se trouvent, tant en psychiatrie de l'adulte que de l'enfant,
- **Rechercher** dans ce cadre, **des actions innovantes** dans tous les domaines, sanitaire, social et médico-social (accompagnement, réinsertion, logement, protection, etc.),
- **Ouvrir sur le champ de la santé publique** en vue d'une véritable prévention à travers la promotion de la santé mentale,
- **Réaliser des actions de formation et d'information**, participer à la recherche, dans un cadre interprofessionnel et interdisciplinaire.

SE DONNER LES MOYENS POUR AGIR

- **Une organisation régionale** en coordination.
- **Des journées nationales** qui permettent la rencontre et la formation pluridisciplinaire des professionnels.
- **Un forum national décentralisé** qui réunit tous les 2 ans les professionnels, les usagers, les familles, les élus et le grand public sur des thèmes mobilisateurs pour la santé mentale.
- **Des éditions** dont la revue "Pratiques en santé mentale", les dossiers bleus Croix-Marine, la collection "Innovation", le lettre d'information, ..."

<http://www.croixmarine.com/>

Délégation régionale : Dr Maurice Breton, EPSM de l'agglomération Lilloise, Site Lommelet
193 Rue du Général Leclerc - BP 4, 59871 SAINT-ANDRE CEDEX



« L'Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques est reconnue d'utilité publique depuis 1968. L'UNAFAM regroupe plus de 15 000 familles, toutes concernées, avec pour objet de s'entraider, de se former et d'agir ensemble dans l'intérêt général.

Les adhérents sont répartis dans 97 délégations départementales. 2000 bénévoles y travaillent et y assurent ainsi :

- L'entraide et la formation par l'accueil dans les permanences locales et l'information des familles
- L'action dans l'intérêt général par l'orientation vers les lieux de soins ou d'insertion, la représentation des usagers la participation auprès des instances consultatives chargées de définir la politique de santé mentale , la promotion et le soutien à la création de structures d'accompagnement , la promotion de la recherche »

<http://www.unafam.org/quisommesnous/lunafam.html>

Délégations départementales :

UNAFAM Nord

M.ESCAIG Bertrand
14, avenue Schumann
BP 32
59370 MONS EN BAROEUL
03 20 56 70 70

UNAFAM Pas-de-Calais

M. MAURIAUCOURT Jules
UDAF Pas de Calais
16 Boulevard Carnot
62000 ARRAS
03 21 52 81 72



CCOMS

<http://217.19.202.24/ccoms/index.html>

« Le **Centre Collaborateur français de l'Organisation Mondiale de la Santé** pour la formation et la recherche en santé mentale (CCOMS) répond aux exigences des axes de recherche et de formation définis par l'OMS. Il est affilié à l'EPSM Lille Métropole et regroupe des hôpitaux, centres de recherche et universités qui œuvrent à la mise en œuvre de son programme d'actions. Le Centre est validé périodiquement par l'OMS sur la base d'un programme pluriannuel.

Il se fonde sur un réseau de personnes qualifiées pour mettre en œuvre ce programme, appuyé par un Conseil Scientifique consultatif rassemblé autour de valeurs communes.

Il travaille en lien avec les services du Ministère de la Santé : DREES, DGS, DHOS, DGAS.

Ses missions :

1. Promouvoir et coordonner la participation des équipes françaises de recherche et d'enseignement aux activités de recherche et de formation du programme de santé mentale de l'OMS
2. Informer les autorités et spécialistes français des activités de l'OMS utiles au développement des programmes français de santé mentale
3. Informer la division santé mentale de l'OMS des travaux et projets pilotes français, ayant trait à la santé publique et à la réglementation, pouvant être utiles à la conduite des programmes
4. Constituer un point focal pour les experts français de santé mentale qui leur permette d'assurer un meilleur suivi de leur travail, quand ils accomplissent des missions de consultant, et facilite leurs relations avec l'OMS
5. Contribuer à produire en version française des documents techniques de l'OMS, notamment ceux utilisés pour le développement de programmes nationaux de santé mentale en collaboration avec les centres collaborateurs francophones et l'OMS Afrique et l'OMS Genève
6. Assurer le rôle de co-leader des Centres Collaborateurs européens de l'OMS sur le thème de la lutte contre la stigmatisation et celui de co-leader (avec le Centre Collaborateur de Trieste – Italie) sur le thème de la transformation des services. »

Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé, pour la recherche et la formation en santé mentale, 45, Avenue du Maréchal Lyautey – 59370 Mons en Baroeul - France

Tél : + 33 (0) 320 437 100 - Fax : + 33 (0) 320 437 115

e-mail : ccoms@epsm-lille-metropole.fr



« La Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale du Nord Pas de Calais est un Groupement d'intérêt Public (GIP) qui rassemble les établissements de la Région ayant une activité de psychiatrie. Elle souhaite répondre aux attentes du volet psychiatrie du SROS et au Plan « Psychiatrie et Santé mentale » du Ministère de la Santé et de la Famille, 2006-2011, et ainsi améliorer les réponses aux besoins en santé mentale de la population.

Constituée de 30 établissements adhérents, elle est dirigée par un conseil d'administration de 18 membres. Organisée en commissions sous l'autorité d'un conseil scientifique, la fédération se fixe 4 missions :

1. Recueillir, analyser et diffuser des informations quant à la santé mentale dans le Nord – Pas-de-Calais (prévalence, pratiques, prise en charge, etc.) ;
2. Offrir aux professionnels une aide méthodologique aux projets de recherche ;
3. Valoriser les travaux, en facilitant la publication et la communication scientifique des projets et programmes de recherche réalisés par ses membres ;
4. Animer le réseau de ses membres, en réalisant un lien entre les professionnels par :
 - L'organisation de journées d'échange et de travail dans les 4 bassins de vie de la région
 - La mise en place de processus réguliers d'évaluation inter-établissement (réalisé par un membre sur les pratiques d'un autre)
 - La mise à disposition d'un outil de communication transversale et participatif (site internet) »

Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale - 3 rue Malpart - 59000 Lille - Tél :
03.20.44.10.34

<http://www.santementale5962.com>

